

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärhaltung bei physiologischen Geburten
- ◆ Wege der Überwindung des Kaiserschnittwunsches bei Schwangeren, die das erste Kind erwarten
- ◆ Welche Kenntnisse und Einstellungen haben freiberuflich tätige Hebammen in Sachsen-Anhalt zum Netzwerk „Frühe Hilfen“?
- ◆ Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft

Kategorien

| | |
|---------------------|-----------|
| Editorial | 27 |
| Aktuelles | 28 |
| Sektionen / Mandate | 42 |
| Originalarbeit | 44 |
| Stellungnahmen | 62 |
| Reviews | 71 |
| Junges Forum | 73 |
| Termine | 74 |

Ziele der DGHWi

- sie fördert Hebammenwissenschaft in der Forschung
- sie unterstützt den wissenschaftlichen Diskurs in der Disziplin
- sie gewährleistet wissenschaftstheoretischen und methodologischen Pluralismus
- sie stellt Forschungsergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung
- sie bezieht Stellung zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen
- sie fördert die Anwendung von Hebammenforschung in Praxis und Lehre
- sie führt wissenschaftliche Tagungen durch

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Editorial | 27 |
| Aktuelles | |
| Bundeskonzferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe" | 28 |
| DGHWi-Cochrane-Workshop | 29 |
| Was lange währt, wird endlich gut ... | 31 |
| Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärhaltung bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen | 34 |
| Sektionen / Mandate | |
| Runder Tisch "Lebensphase Eltern werden" (AKF) | 42 |
| Sektion Schwangerenvorsorge | 43 |
| Originalarbeit | |
| Wege der Überwindung des Kaiserschnittwunsches bei Schwangeren, die das erste Kind erwarten: Implikationen für die Beratung in der Geburtsklinik – eine qualitative Studie | 44 |
| Welche Kenntnisse und Einstellungen haben freiberuflich tätige Hebammen in Sachsen-Anhalt zum Netzwerk „Frühe Hilfen“? | 53 |
| Stellungnahmen | |
| Evaluierung des Gesetzes über die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger (LHebG NRW) | 62 |
| Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt: | 63 |
| Richtlinie zur Erprobung der nichtinvasiven Pränataldiagnostik | 65 |
| Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern | 69 |
| Reviews | |
| Aktive und abwartende (An-)Leitung von Frauen in der Nachgeburtsphase | 71 |
| Junges Forum | |
| Abstracts von Bachelorarbeiten | 73 |
| Termine | |
| Mitgliederversammlung, Tagungen | 74 |
| Vorstand: Kontaktangaben | 75 |
| Impressum | 75 |

Liebe Leserin, lieber Leser,

die *Zeitschrift für Hebammenwissenschaften* erscheint bereits zum vierten Mal. Zu Erscheinungsbild und Inhalt erreichen uns positive Rückmeldungen, die uns Editorinnen in der Arbeit bestärken. Vielen Dank dafür!

Nicht in jedem Fall sind die Editorinnen zugleich Mitglieder des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften. Die Arbeit könnten wir als Vorstand allein auch nicht leisten; aber die inhaltliche Gestaltung wollen wir weiterhin mitbestimmen. Gern können sich Interessierte melden, die uns längerfristig unterstützen wollen.

Mit Hilfe einer Arbeitsgruppe, die sich aus einem Workshop der letzten Mitgliederversammlung zusammenfand, wurde der Reviewprozess verschlankt. Unsere zunächst radikal transparente Vorgehensweise mit der Möglichkeit von Peer-Reviews einer fachlichen Community wurde zum Schutz der Manuskripte der Autorinnen und Autoren verändert. Es bleibt bei dem doppelt-verblindeten Verfahren: Autor/-innen und Reviewer/-innen erfahren gegenseitig nicht ihre Namen im Rahmen der Begutachtung. Das Prozedere ist in der vorliegenden 4. Ausgabe unserer Zeitschrift und auf der Homepage der DGHWi beschrieben.

Dankenswerterweise haben sich weitere Reviewerinnen und Reviewer bereit erklärt, ein hohes Niveau der Originalarbeiten zu gewährleisten. Nachdem schnell deutlich wurde, dass die ursprünglichen 11 Personen nicht die Reviews der eingesendeten Manuskripte allein bewerkstelligen können, wurden sie darum gebeten, weitere Personen vorzuschlagen. Zusätzlich wurde eine Mail an alle Mitglieder versendet. Die Kriterien zur Aufnahme in das Reviewboard finden Sie auf Seite 52 dieser Ausgabe. Inzwischen hat sich der Kreis auf 21 Reviewerinnen und Reviewer erweitert. Und trotzdem sucht die Redaktion auch weiterhin nach Personen mit Promotion in Hebammenwissenschaft oder einer angrenzenden Fachrichtung, die sich an der Begutachtung der Manuskripte beteiligen wollen. Sie sollten zudem über Forschungserfahrung verfügen oder eigene peer-reviewte Artikel als wissenschaftliche Mitarbeiterin oder wissenschaftlicher Mitarbeiter publiziert haben.

Erstmals hat die DGHWi einen zweitägigen Workshop ausgerichtet und zwar als Methodenworkshop gemeinsam mit dem Deutschen Cochrane-Zentrum in Freiburg: mit Hilfe eines Leitfadens wurde vertieft an der Erstellung einer Potenzialanalyse für zukünftige Forschungsanträge gearbeitet. Künftig sollen mit dem *Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen der Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitsfachberufe* häufiger Potenzialanalysen für Forschung in der Hebammenwissenschaft erstellt werden. Aus Sicht des Vorstandes war der Workshop ein Erfolg – die Evaluation der Teilnehmerinnen steht noch aus – und

es sollen weitere Methodenworkshops folgen. Lesen Sie in dieser Ausgabe mehr über den Workshop aus Sicht einer Teilnehmerin.

Eine erste Potenzialanalyse mit dem Titel „Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärdhaltung bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen“ wurde in einem Supplement der Zeitschrift für *Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* veröffentlicht. Mit freundlicher Genehmigung der ZEFQ finden Sie nun auch einen Nachdruck in unserer Zeitschrift.



Seit 2012 gehört die DGHWi zu den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anerkannten stellungnahmeberechtigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die (bisher) nicht in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) organisiert sind. So konnte die DGHWi erneut zwei Stellungnahmen erarbeiten: zur „Nichtinvasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21 mittels molekulargenetischen Tests“ und zur „Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)“. Weitere Stellungnahmen wurden erstellt zur Neufassung der Hebammen-Berufsordnung in Nordrhein-Westfalen und zu einer S1-Leitlinie zum Management höhergradiger Dammrisse (III. und IV. Grades) nach vaginaler Geburt. Aus Verschwiegenheitsgründen dürfen (noch) nicht alle Stellungnahmen veröffentlicht werden. In dieser Zeitschrift erscheint dann zunächst ein Bericht zur Stellungnahme.

In der Rubrik „Aktuelles“ lesen Sie, womit sich der Vorstand der DGHWi zusätzlich beschäftigte. Auch aus den Sektionen sind Informationen eingegangen. Vielleicht bestärken diese die eine oder den anderen darin, der DGHWi beizutreten und sich einer Arbeitsgruppe anzuschließen. Das „Junge Forum“ präsentiert Arbeiten, die im Rahmen des Bachelor-Abschlusses erstellt wurden. Erstmals ist an dieser Stelle eine Arbeit der Hochschule für Gesundheit in Bochum publiziert. Dort haben die ersten Studierenden eines grundständigen Studiengangs Hebammenkunde in Deutschland ihren Bachelor-Abschluss erhalten: Die Zeitschrift gratuliert den Absolventinnen!

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Für den Vorstand grüßt Sie herzlich

Elke Mattern, M.Sc.

Schriefführerin

Bundeskonzferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe"

Strukturen in der Hochschulbildung ermöglichen es, dass die Vertretung einzelner Studienbereiche in der hochschulpolitischen Landschaft auf Bundesebene über einen Fachbereichstag erfolgen kann. Fachbereichstage, die als BGB-Gesellschaft gegründet werden müssen, sind Merkmale von Fachhochschulen. Das Pendant im universitären Bereich sind die Fakultätentage.

Erfreulicherweise nimmt die Anzahl der Studiengänge an Fachhochschulen im Bereich Hebammenkunde wie auch in den Bereichen Pflege, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie von Jahr zu Jahr zu. Dennoch konnten sich bisher in der hochschulischen Entwicklung der einzelnen Gesundheitsfachberufe Fachbereichstage so gut wie nicht etablieren, was dazu führt, dass die Gesundheitsfachberufe als hochschulische Fachbereiche in der Diskussion um hochschulpolitische Fragestellungen auf Bundesebene nicht vertreten sind. Aus diesem Grund gründete sich Ende 2013 die Bundeskonferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe". Sie ist ein Zusammenschluss der Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi) sowie dem Hochschulverband Gesundheitsfachberufe (HVG e.V.) und der Dekanekonferenz, wodurch die Studienbereiche Pflege, Hebammenkunde, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie vertreten sind.

Sprecherin der Bundeskonferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe" ist Professorin Dr. Jutta Rübiger, Vorsitzende des HVG. Auch die weiteren obengenannten Institutionen werden derzeit jeweils durch ihre Vorsitzenden und/oder stellvertretenden Vorsitzenden vertreten. Die Gründung der Bundeskonferenz hat sich mehr oder weniger aus einem gemeinsam verfassten offenen Brief an die Gesundheits- und Sozialministerien sowie die Wissenschafts- und Kultusministerien von Bund und Ländern zum Auf- und Ausbau von berufsqualifizierenden Studiengängen in den Pflege- und Therapieberufen sowie im Hebammenwesen im April 2013 ergeben, in dem u. a. um eine angemessene Strukturentwicklung im Rahmen der hochschulischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe gebeten wurde (siehe www.dghwi.de/images/stories/pdf/Offener_Brief_der_Bundeskonzferenz_Studiengaenge_f_Gesundheitsfachberufe_final.pdf).

Im März 2014 fand in Berlin eine erste gemeinsame Sitzung der Bundeskonferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe" statt. Ziel dieser Sitzung war es unter anderem das weitere Vorgehen auch im Hinblick auf die Reaktionen des oben erwähnten Schreibens zu erörtern. Insgesamt war man sich einig, dass die Arbeit der Bundeskonferenz verstetigt werden sollte. Die Mitglieder sehen die Aufgabe der Bundeskonferenz darin, sich mit der Hochschulbildung und der Wissenschaft der betreffenden Gesundheitsfachberufe zu befassen und diese Themen hochschulpolitisch zu diskutieren so-

wie auf sie aufmerksam zu machen und Beiträge zu ihrer Weiterentwicklung zu leisten. Im Zuge dessen dient die Bundeskonferenz in bildungspolitischen Fragen bezüglich der hochschulischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe als zentraler, berufsübergreifender Ansprechpartner. Als mittel- und langfristige Ziele der Bundeskonferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe" wurden in der Sitzung festgehalten:

- ◆ Verankerung der Hochschulbildung in die Berufsgesetze sowie Formulierungen der Kompetenzen und Kompetenzlevel in den Berufsgesetzen (insbesondere für die Hochschulbildung)
- ◆ Formulierung der Berufs- und Tätigkeitsprofile vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Anforderungen in der Praxis
- ◆ Formulierung der Qualifikationsanforderungen vor dem Hintergrund der Versorgungsbedarfe in der Praxis
- ◆ ggf. Unterstützung der Bestrebungen zur Kammer der einzelnen Berufe mit dem Ziel der Selbstverwaltung, Qualitätssicherung und Sicherstellung des lebenslangen Lernens
- ◆ ggf. Unterstützung der Gründung eines Nationalen Gesundheitsberuferrates (am 24. Januar 2014 hat sich ein Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberuferrates in Berlin konstituiert) (siehe: www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/service/news/einzelsicht/artikel/Gruendungsversammlung-des-Vereins-zur-Foerderung-e.html?cHash=03571987a7535f026a5361a7e184344f)
- ◆ Auseinandersetzung mit Vorschlägen zur Einführung einer Approbationsordnung bzw. Teilapprobation
- ◆ Auseinandersetzung (im Detail) mit fachbereichsspezifischen Themen, die für die Hochschulbildung und Akademisierung unserer Berufe relevant sind (im Gegensatz zur Konferenz der Fachbereichstage e.V., wo dies nicht erfolgen kann)

Als kurzfristiges Ziel der Bundeskonferenz „Studiengänge für Gesundheitsfachberufe“ wurde festgehalten, dass ein Gesprächstermin mit Herrn Gesundheitsminister Gröhe erreicht werden sollte, um sich als Ansprechpartner in Fragen zur hochschulischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe zu präsentieren.

Am 14. Juli 2014 wurde die Bundeskonferenz, in persona Frau Professorin Dr. Jutta Rübiger (Vorsitzende HVG), Frau Professorin Dr. Renate Stemmer (Vorsitzende DPG) und Professor Dr. Johannes Korporeal (Vorsitzender der Dekanekonferenz) zu einem Gesprächstermin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geladen. Für das BMG waren bei diesem Gespräch Herr Ministerialrat Suhr, Frau Nelles und Herr Hilgefert vom Referat 316 Ausbildung und Berufszugang zu den Heilberufen und sonstigen Berufen im Gesundheitswesen zugegen. Die DGHWi war aufgrund einer eigenen Klausurtagung bei diesem Gespräch nicht anwesend.

Der Zusammenschluss zur Bundeskonferenz „Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen“ wurde seitens des BMG anlässlich dieses Gespräches ausdrücklich begrüßt. Im Verlauf des Gespräches wurde deutlich, dass vor einer Weiterentwicklung des akademischen Teils der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen zunächst die Evaluationsergebnisse zu den Modellstudiengängen abgewartet werden sollen. Herr Suhr geht, orientiert an dem Gutachten des Wissenschaftsrats, von einer Akademisierungsrate der Gesundheitsfachberufe von 10 bis 20 Prozent aus, meint aber, dass Hebammen – bedingt durch die europäische Anerkennungsrichtlinie – möglicherweise eine Sonderrolle im Akademisierungsprozess zukommt.

Erwähnt wurde außerdem, dass im Rahmen der Weiterentwicklung der Berufegesetze das BMG auf Expertinnen und Experten von sich aus zugehen wird; eine Einsetzung von Fachkommissionen sei in diesem Zusammenhang nicht geplant. Aus Sicht des BMG müsste darüber hinaus die angestrebte Akademisierung mit Strukturentwicklung einhergehen. Dazu gehörten unter anderem der Aufbau einer Forschungsinfrastruktur sowie der Ausbau der Lehrstühle und Professuren.

Insgesamt wurde der Verlauf des Gesprächs von den Beteiligten als sehr positiv bewertet.

Bislang hat die Bundeskonferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe" auf eine eigene Satzung sowie eine Internetpräsenz verzichtet. Die beteiligten Institutionen machen auf ihren eigenen Webseiten auf die Existenz der Bundeskonferenz aufmerksam (siehe <http://www.dghwi.de/index.php/kooperationen-und-mitgliedschaften/bundeskonferenz>).

Derzeit ist Rainhild Schäfers als Vorsitzende der DGHWi Mitglied der Bundeskonferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe". Zukünftig soll die Vertretung der DGHWi in der Bundeskonferenz jedoch über die AG Hochschulbildung der DGHWi geregelt werden.

Für den Vorstand

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers

DGHWi-Cochrane-Workshop: Entscheidende Schritte auf dem Weg zur Konzeption eines Forschungsprojekts

Um die Methodenkompetenz wissenschaftlich arbeitender Hebammen zu stärken fand am 25. und 26. September 2014 der erste DGHWi-Cochrane-Workshop zum Thema „Potentialanalysen für evidenzbasierte Innovationen in den Gesundheitsfachberufen“ statt. Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften führte diesen Workshop unter Leitung von Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle und Elke Mattern MSc in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Cochrane Zentrum Freiburg an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften in Halle (Saale) durch. Als Hauptreferent des Workshops sprach Dr. Sebastian Voigt-Radloff vom Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg. Der Workshop bestand aus einem zweitägigen Präsenz-Blockseminar zuzüglich zweitägiger Vor- und Nacharbeit. Die Vor- und Nacharbeit wurde durch einen forschungsmethodischen Leitfadens zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen unterstützt (Voigt-Radloff et al., 2013). Das Blockseminar umfasste Vorträge, eine angeleitete und selbstständige Recherchetätigkeit in der Cochrane Datenbank, Gruppenarbeiten sowie Diskussionsrunden. Die 15 Teilnehmerinnen waren Lehrende in hebammenkundlichen Studiengängen Deutschlands und Österreichs, praktisch tätige Hebammen mit Master- bzw. Diplomabschluss und Studierende bzw. Promovierende.

Das Ziel des Workshops war, umfassende Kompetenzen zu vermitteln, versorgungsrelevante Gesundheitsprobleme zu benennen, systematisch und effektiv die Evidenzlage zu ermitteln und kritisch zu beurteilen, Forschungsberichte auf ihre Güte und Evidenz zu überprüfen sowie Potenzialanalysen anfertigen zu können.

Es wurden komplexe Interventionen und damit in Verbindung stehende Probleme aus Sicht der Praxis besprochen und die Evidenzlage für versorgungsrelevante Gesundheitsprobleme bewertet. Es erfolgte eine methodische Einführung in die Möglichkeit, die Evidenzlage systematisch über „PICOS“ (Population, Intervention, Comparison, Outcome, Studiendesign) zu recherchieren und anschließend systematisch über „GRADE“ (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) zu beurteilen. Eine intensive Auseinandersetzung in Bezug auf die Fragestellung und Methodik von Machbarkeits-, Wirksamkeits- und Implementationsstudien fand statt. Zudem wurden Informationen zur Studienplanung, Fördermöglichkeiten, Antragstellung und Vernetzung mit möglichen Kooperationspartnern weitergegeben. Als Beispiel für hebammenwissenschaftliche Arbeit in Deutschland wurde die Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärtung bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen (Mattern, Voigt-Radloff & Ayerle, 2014) vorgestellt, erläutert und ausführlich diskutiert.

Unter den Teilnehmerinnen entstand während des Workshops eine Vielzahl an Gesprächen, Diskussionen und gedanklichem Austausch, die auch über die zuvor genannten Inhalte hinaus reichten. So wurde beispielsweise der Ansatz und das Ziel des Workshops diskutiert, die Methodenkompetenz von Hebammen zu stärken. Es zeigte sich, dass an diesem Punkt sowohl Bedürfnisse, Erwartungen, Möglichkeiten als auch Fachkenntnisse der Teilnehmerinnen differierten. Ein Grundproblem stellt für manche Teilnehmerinnen die eingeschränkte oder fehlende Recherchemöglichkeit in online-Fachdatenbanken dar, da sie beispielsweise nicht universitär angegliedert sind. Daraus wurden mögliche neue Ausrichtungen der DGHWi angesprochen, beispielsweise ihren Mitgliedern in diesen Bereichen Angebote zu eröffnen oder anhand von Netzwerken unter den Mitgliedern auszuhelfen. Basierend auf dem Gedanken des unterschiedlichen Ausbildungsstandes der potenziellen Teilnehmerinnen entstand die Idee, einen Grundlagenworkshop als Ergänzung zum durchgeführten Workshop zu konzipieren und anzubieten. Die Teilnehmerinnen regten an, diese Form der DGHWi-Fortbildungsangebote nicht nur beizubehalten, sondern auszubauen. So wurde beispielsweise auch die Idee geäußert, Fort- und Weiterbildungsangebote für den Bereich der qualitativen Hebammenforschung zu entwickeln und anzubieten.

Aufgrund der teilweise langen Anfahrtswege wurde diskutiert, ob zukünftig nicht auch über alternative oder ergänzende Teilnahmemög-

lichkeiten an Fortbildungsangeboten nachgedacht werden könnte, beispielsweise anhand von E-Learning oder blended learning.

Persönliche Gedanken:

Aus meiner Sicht war der DGHWi-Workshop ein sehr gelungenes Weiterbildungsangebot, weil Theorie und Praxis gekonnt verknüpft wurden und die Organisation des gesamten Workshops sehr gut war. Ein Highlight war für mich die Präsentation der Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärhaltung bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen (Mattern, Voigt-Radloff & Ayerle, 2014), da dadurch gezeigt wurde, wie Hebammenforschung praxisorientiert und fundiert vorbereitet werden kann. Ich freue mich, wie sich die wissenschaftliche Hebammentätigkeit in Deutschland entwickelt und bin sehr dankbar, von und mit meinen Kolleginnen zu lernen. Mich hat der Workshop, der Austausch und die Begegnungen sehr ermutigt, den Weg der wissenschaftlichen Hebammentätigkeit in Deutschland nicht nur weiter zu gehen, sondern ihn auch aktiv mit zu gestalten und gleichzeitig die Bereitschaft zu haben, diesen Weg und meine eigene Arbeit kontinuierlich auch kritisch in Frage stellen zu lassen und selbst zu hinterfragen. Vielen Dank.

Beate Ramsayer, M.Sc. Midwifery

Literatur:

- Mattern, E., Voigt-Radloff, S. & Ayerle, G.M. (2014). Potentialanalyse zur aufrechten Gebärhaltung bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(Supplement 1), 20–28.
- Voigt-Radloff, S., Stemmer, R., Behrens, J., Horbach, A., Ayerle, G. M., Schäfers, R., Binnig, M., Mattern, E., Heldmann, P., Wasner, M., Braun, C., Marotzki, U., Kraus, E., George, S., Müller, C., Corsten, S., Lauer, N., Schade, V. & Kempf S. (2013). *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie* (1. Auflage). doi: 10.6094/UNIFR/2013/1. http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/GFB_Leitfaden.pdf.

Neue Schatzmeisterin/Schatzmeister gesucht!

Auf der nächsten Mitgliederversammlung am 11.02.2015 wird - außerhalb des regulären Wahlturnus des Vorstandes - das Amt der Schatzmeisterin/des Schatzmeisters im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. neu besetzt werden. Die Schatzmeisterin/der Schatzmeister wird für den Zeitraum von zwei Jahren von der Mitgliederversammlung gewählt.

Die Schatzmeisterin ist zuständig für

- ◆ den gesamten Zahlungsverkehr der DGHWi
- ◆ die Verwaltung der Mitgliederdaten
- ◆ die Zusammenarbeit mit der Lohnbuchhaltung und dem Steuerberater
- ◆ die Ausfertigung und Abwicklung von Verträgen

- ◆ das Einholen von Kostenvorschlägen, die Übernahme von Raumbuchungen bzw. die Beteiligung an der Organisation von Tagungen

Die Schatzmeisterin/der Schatzmeister arbeitet im Ehrenamt und ist in die gesamte Vorstandstätigkeit im Rahmen von Vorstandssitzungen und inhaltlicher Zuarbeit eingebunden.

Der Vorstand freut sich über Kolleginnen und Kollegen, welche bereit sind, ihr Wissen und ihre Erfahrung im Rahmen dieses Amtes im Vorstand einzubringen. Wenn Sie sich über das Tätigkeitsfeld des Amtes detaillierter informieren möchten aber auch, wenn Sie sich direkt zur Wahl aufstellen lassen wollen, kontaktieren Sie bitte unsere derzeitige Schatzmeisterin Nina Knape: schatzmeisterin@dghwi.de

Was lange währt, wird endlich gut ...

Das Peer Review-Verfahren für unsere Fachzeitschrift

Über die kontroverse Diskussion der Mitglieder und des Vorstandes über die Etablierung eines offenen und transparenten Peer-Review-Verfahrens für unsere Fachzeitschrift, wie beispielsweise nach Pöschl (2006), wurde bereits von Knappe (2013) in der letzten Ausgabe berichtet. Bei diesem öffentlichen Verfahren sind die einzelnen Schritte des Review-Prozesses – und die daraus entstehenden verschriftlichen Stellungnahmen – sowohl von den Gutachterinnen als auch der Fachöffentlichkeit zunächst auf der Webseite und nachfolgend in der Fachzeitschrift zu lesen.

Aufgrund der heterogenen Ansichten der Mitglieder und des Vorstandes der DGHWi wurde auf der letzten Mitgliederversammlung eine Arbeitsgruppe einberufen, die sich diesem Thema widmete. Diskutiert wurden vorrangig: Verfahrens-Transparenz in Bezug auf (a) die Verblindung der Autorinnen und den Reviewerinnen und (b) das Gutachten und das daraufhin zu überarbeitende Manuskript. Die verschiedenen Peer Review-Verfahren unterscheiden sich insbesondere in der Transparenz der einzelnen Verfahrensschritte (vgl. Reimann, Sippel & Spannagel 2010). Pöschl (2006) postuliert diesbezüglich eine transparente Verfahrensweise. Allerdings könnten durch die öffentliche Darlegung der Überarbeitungsschritte des Manuskriptentwurfs, welcher im letzten Schritt des Reviews nicht zur Publikation angenommen wird, den Autorinnen, beispielsweise im Kontext einer Promotion oder eines PhD, Nachteile entstehen.

Dies ist eine Diskussion, die auch in den Medien geführt wird. Welches Gut hat eine höhere Priorität: Schutz des wissenschaftlichen Nachwuchses oder die Verfahrenstransparenz einer Fachzeitschrift (Lenzen-Schulte, 2011)? Diese Fachzeitschrift ist das Organ unserer Fachgesellschaft. Die Meinung und der Konsens der Mitglieder, welche sich durch die Ergebnisse der Arbeitsgruppe widerspiegeln, sind daher Grundlage der nachfolgenden Beschreibung des Review-Verfahrens, wie er zukünftig gehandhabt wird.

Zum besseren Verständnis und zur Einordnung des gewählten Peer Review-Verfahrens der DGHWi werden zunächst die verschiedenen Peer Review-Verfahren anhand mehrerer Dimensionen und möglichen Ausprägungen skizziert (vgl. Reimann et al., 2010).

Dimensionen von Peer Review-Verfahren

Anonym versus bekannt

Diese Dimension bezieht sich auf die Autorinnen und Gutachterinnen. In der Praxis werden drei Möglichkeiten praktiziert:

- ◆ double blind: beide Personen (Autorin und Gutachterin) sind anonym,
- ◆ single blind: Gutachterin ist anonym oder
- ◆ Autorin und Gutachterin sind namentlich bekannt.

Offen versus geschlossen

Beschreibt, in welchem Umfang und für wen das Manuskript und Gutachten zugänglich ist. Mögliche Varianten:

- ◆ Manuskript und Gutachten sind nur einer geschlossenen Gruppe zugänglich (geschlossen).
- ◆ Manuskript ist vor der Begutachtung der Fachöffentlichkeit offen zugänglich, aber nicht das Zweitgutachten (geschlossen).
- ◆ Manuskript und Gutachten sind für die Fachöffentlichkeit zugänglich (offen).

Linear versus zyklisch

Beschreibt den Grad der Beteiligung der Fachöffentlichkeit:

- ◆ Das Manuskript wird an die Gutachterin gesendet. Die Gutachterin gibt eine Rückmeldung an die Autorin und fordert eine Überarbeitung auf der Grundlage von Auflagen (linear) unter Ausschluss der Fachöffentlichkeit.
- ◆ Das Manuskript und Gutachten sind öffentlich (entweder in gedruckter Form oder online) und können von den Mitgliedern der Fachöffentlichkeit kommentiert werden. Dadurch entsteht ein Dialog zwischen Autorin und Mitglieder der Fachöffentlichkeit (zyklisch).

Vorher versus nachher

Bezieht sich auf den Zeitpunkt der Begutachtung des Manuskripts.

- ◆ Peer Review-Verfahren vor Veröffentlichung oder Förderung eines Projektes (vorher).
- ◆ Peer Review-Verfahren nach Abschluss eines Projektes (nachher) (vgl. Reimann et al., 2010).

Funktion des Peer Review-Verfahrens für die Fach-Community

Die Ausprägungen auf den Dimensionen (*anonym versus bekannt*, *offen versus geschlossen*, *linear versus zyklisch* und *vorher versus nachher*) des Peer Review-Verfahrens sind – für diese Fachzeitschrift – mitbestimmt durch die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der letzten Mitgliederversammlung. Die Wahl der Dimensionen ist beispielhaft für die von Reimann et al., (2010) postulierte Wechselbeziehung vom Ausprägungsgrad der Dimensionen und dem dominanten Zweck einer Fach-Community. Welche Funktion soll das Peer Review-Verfahren für die Forschungs-Community erfüllen? Ist der Zweck des Verfahrens die kritische Prüfung der Forschung (Review of research) oder die kritische Prüfung für die Forschung (Review for research)? Die interne Debatte der Mitglieder und des Vorstandes spiegelt die Dialogizität über die

Funktion eines Review-Verfahrens wider und ist den Implikationen der Funktionen geschuldet – wie nachfolgend erläutert.

Implikationen von "Review of research" versus "Review for research"

Das „Review for research“-Verfahren ermöglicht es der Wissenschaftlerin die Argumente ihrer Arbeit zu reflektieren und zu verteidigen und führt in der Folge zu einer Perspektivenerweiterung. In einem offenen und zyklischen Verfahren wird das Manuskript ggf. in mehreren Schleifen von der Autorin, der Fach-Community und den Reviewerinnen gelesen und kommentiert. Die kritische und kontroverse Auseinandersetzung des Arbeitsgegenstandes hilft, den Erkenntnisgewinn zu optimieren, und erfüllt somit eine wissenschaftsimmanente Funktion (Reimann et al., 2010). Zweifelsfrei hat diese Funktion eine positive Wirkung auf die Qualität des Wissensproduktes und damit auf die Reputation der Autorin. Allerdings kann es auch nachteilig sein für die (angehende) Wissenschaftlerin, da ein "Review for research"-Verfahren beispielsweise deutlich zeitaufwendiger ist.

Ökonomische Gesetzmäßigkeiten gewinnen in den Wissenschaftsbetrieben eine zunehmend größere Rolle (vgl. Matthies & Simon 2008). Reimann et al., (2010) bezeichnen Publikationen als die *Währung jeder Wissenschaft*, da die Publikationsliste einer Wissenschaftlerin entscheidend sein kann bei der Bewerbung um eine Professur oder Fördergelder. Daher werden Veröffentlichungen in einer renommierten Fachzeitschrift angestrebt. Begrenzte Platzressourcen eines Journals erfordern die Auswahl der Wissensprodukte nach vorgegebenen Kriterien. Das Peer Review-Verfahren ist die Instanz zur Selektion und erfüllt damit eine wissenschaftsinterne Funktion. Ein geschlossenes Peer Review-Verfahren „for Research“ verläuft schneller und scheint daher geeigneter für eine wissenschaftsinterne Funktion.

Insbesondere in den naturwissenschaftlichen Disziplinen ist eine Tendenz erkennbar, dass von den angehenden Wissenschaftlerinnen bereits während des Studiums und insbesondere mit der Promotion Veröffentlichungen gefordert werden. Die steigende Zahl der kumulativen Promotionsarbeiten kennzeichnet diese Tendenz (Ziemann & Oestmann 2012). Es ist eine Entwicklung, die sich auch zunehmend in unserer Disziplin niederschlägt, und welche die Diskussion um ein Peer Review-Verfahren für diese Zeitschrift beeinflusst hat.

Verfahrensschritte des Review-Prozesses für die Fachzeitschrift der DGHWi

Nach Diskussion in der Arbeitsgruppe und deren Empfehlungen, befasste sich der Vorstand der DGHWi ausführlich mit dem Reviewprozess und legte nun das im Folgenden beschriebene Verfahren fest. Die gewählten Ausprägungen der oben beschriebenen Dimensionen werden im Text hervorgehoben.

Autorin und Reviewerin

Der gesamte Begutachtungsprozess ist eine Doppelblindbegutachtung (double-blinded-review), das heißt beide Personengruppen, sowohl die Autorinnen als auch die Reviewerinnen, bleiben **anonym**. Die Anonymität kann seitens der Reviewerinnen durch Zustimmung aufgehoben werden. In diesem Fall wird der Name der Reviewerinnen den Autorinnen benannt bzw. bei der Veröffentlichung des Gutachtens angegeben. Das Doppelblindgutachten (**vorher**) schützt die Autorinnen vor etwaigen Nachteilen, insbesondere bei der Einreichung von Manuskripten im Zusammenhang mit einer Promotion. Alle Mitglieder des Reviewboard werden in der Zeitschrift und auf der Webseite der DGHWi transparent gelistet. Das erhöht die Transparenz für die Autorinnen und würdigt die Reviewerinnen für ihre Arbeit.

Manuskript

Das eingereichte Manuskript wird hinsichtlich verschiedener Kriterien geprüft (Access Review). Zunächst wird grundsätzlich geprüft, ob das eingereichte Manuskript den Interessen und Strategien der Zeitschrift entspricht und die formalen Vorgaben eingehalten werden. Hierzu zählen beispielsweise die Anonymisierung der Dokumente, die Formatierung sowie der Umfang der Datei. Außerdem wird festgestellt, ob die Erklärung der Autorinnen bzgl. eines „Interessenskonflikts“ vorliegt. Nach dieser Prüfung wird das Manuskript an die Reviewerinnen weitergeleitet oder mit einem ablehnenden Schreiben an die Autorinnen zurückgesendet. Im Falle der Weiterleitung an die Reviewerinnen ist das Review-Verfahren eröffnet. Die Autorinnen werden per Mail darüber informiert.

Gutachten

Das eingereichte Manuskript wird immer zwei Reviewerinnen zur Begutachtung vorgelegt, die vier Wochen Zeit für die Erstellung ihres Reviews haben. Ist es einer Reviewerin nicht möglich das Gutachten innerhalb dieser Zeit zu erstellen, kann sie die Begutachtung ablehnen. Dann wird das Manuskript an eine weitere Reviewerin gesendet.

Das schriftliche Gutachten und ein Formular, in welchem angezeigt wird, ob das Manuskript angenommen oder abgelehnt werden soll, werden der Redaktion zugesendet. Im Falle eines Überarbeitungsbedarfs wird der Umfang konkretisiert. Die Anmerkungen und Hinweise für die Autorinnen werden möglichst nachvollziehbar deklariert. Der Umgang mit dem Manuskript und Gutachten entspricht einem **linearen** und **geschlossenen** Prozess. Die Autorinnen werden von der Redaktion über die Entscheidung der Annahme bzw. Ablehnung per Mail informiert.

Aufforderung zur Überarbeitung oder Ablehnung des Manuskripts

Nach Mitteilung der Redaktion an die Autorinnen über den Überarbeitungsbedarf, haben die Autorinnen 4 Wochen Zeit, auf die

Anmerkungen der Reviewerin einzugehen. Die geänderten Textstellen sind im Manuskript farblich zu kennzeichnen. Weiterhin wird von den Autorinnen ein Protokoll gefordert, in welchem sie die einzelnen Überarbeitungspunkte beschreiben bzw. erklären, warum ein bestimmter Gegenstand so dargestellt oder durchgeführt wurde. Im Protokoll sind die Zahlen der Seiten und Zeilen im Text angegeben.

Die Überarbeitung und das Protokoll werden von der Redaktion an die gleiche Reviewerin gesendet mit der Bitte um Prüfung. Die Gutachterinnen informieren die Redaktion über ihre Zustimmung zur Veröffentlichung oder ggf. über eine erneute Aufforderung zur Überarbeitung. Akzeptieren die Reviewerinnen die erste Überarbeitung des Manuskripts, gilt das Manuskript zu diesem Zeitpunkt als Originalartikel angenommen. Im Falle einer Nicht-Zustimmung der Reviewerinnen wird dies von der Redaktion an die Autorinnen kommuniziert. Es besteht erneut die Möglichkeit auf die Anmerkungen einzugehen und das Manuskript innerhalb von zwei Wochen zu überarbeiten. Wird das erneut überarbeitete Manuskript von den Reviewerinnen akzeptiert, gilt das Manuskript zu diesem Zeitpunkt als Originalartikel angenommen. Die Geschäftsstelle informiert die Autorinnen über die Entscheidung der Reviewerinnen per Mail.

Lektorat, Imprimatur und Veröffentlichung

Der Text des Originalartikels wird für die Publikation hinsichtlich seines sprachlichen Ausdrucks, der Orthografie und Interpunktion optimiert. Weiterhin werden Tabellen und Grafiken entsprechend des Layouts der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft nachgebaut.

Literatur

- Lenzen-Schultze, M. (2011). Freibrief zum Missbrauch oder Schutzschild? FAZ, Wissen 09.01.2011.
- Matthies, H. & Simon, D. (Hrsg.) (2008). *Wissenschaft unter Beobachtung. Effekte und Defekte von Evaluationen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pöschl, U. (2006). Open Access & Collaborative Peer Review: Öffentliche Begutachtung und interaktive Diskussion zu Verbesserung von Kommunikation und Qualitätssicherung in Wissenschaft und Gesellschaft. In S. Hornbostel & D. Simon (Hrsg.), *Wie viel (In-)Transparenz ist notwendig? Peer review revisited*. iFQ-Working paper No. 1. Institut für Forschungsinformationen und Qualitätssicherung.
- Reimann, G., Sippel, S. & Spannagel, C. (2010). Peer Review für Forschen und Lernen. Funktionen, Formen, Entwicklungschancen und die Rolle der digitalen Medien. In S. Mandel, M. Rutishauer & E. Seiler Schied (Hrsg.), *Digitale Medien für Lehre und Forschung* (S. 218-229). Münster: Waxmann.
- Ziemann, E. & Oestmann, J.-W. (2012). Publikationen von Doktoranden 1998-2008: das Beispiel Charité. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(18): 333-7. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0333.

Die Autorinnen erhalten den lektorierten Text („Druckfahne“) mit der Bitte um Prüfung des Inhalts bzw. der Tabellen und Grafiken. Sie bestätigen ihre Zustimmung durch Unterschrift der „Imprimatur“ (auch eingescannt gültig). Der Originalartikel wird mit Name und Titel der Autorinnen, ihrer Auskunft zu einem möglichen Interessenskonflikt und dem Einreichungs- und Annahmedatum in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft veröffentlicht. Nach Drucklegung wird die Zeitschrift ebenfalls auf der Webseite der DGHWi veröffentlicht. Das Gutachten der Reviewerinnen kann bei vorliegender Zustimmung der Autorinnen online – anonym – veröffentlicht werden. Der Name der Reviewerinnen wird nur veröffentlicht, wenn sie durch das Ausfüllen eines entsprechenden Formulars der Bekanntgabe ihres Namens zustimmen.

Da der Faktor *Zeit* für die Wissenschaft eine zunehmende Bedeutung hat, bekommt die Veröffentlichung in elektronischen Zeitschriften einen größeren Stellenwert. Deshalb arbeitet der Vorstand daran, die jährliche Veröffentlichung von Originalartikeln in eGMS vertraglich zu sichern.

Für den Vorstand

Prof. Dr. phil. Monika Greening und

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle

Aktuelle Mitgliedsbeiträge der DGHWi ab Januar 2015

Ordentliche Mitglieder:

110 € pro Jahr / 55 € ermäßigt

Fördermitglieder:

150 € pro Jahr

Als Mitglied der DGHWi erhalten Sie automatisch die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science), die zweimal im Jahr erscheint. Detaillierte Information und die Satzung der DGHWi finden Sie auf der Webseite: www.dghwi.de/index.php/dghwi/mitgliedschaft.

Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärhaltung bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen

Analysis of potential for research on giving birth in an upright position in German hospitals

Elke Mattern M.Sc.¹, Dr. Sebastian Voigt-Radloff PhD MScOT², Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle¹

¹ Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

² Deutsches Cochrane Zentrum, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Abstract

Gesundheitsproblem: Derzeit gebären drei Viertel aller gesunden Schwangeren in deutschen Kliniken ihr Kind in einer liegenden Position im Bett eines Kreißsaals, obwohl dies von der WHO, den britischen Leitlinien und dem Deutschen Expertinnenstandard nicht empfohlen wird und mit vermehrten Risiken für Mutter und Kind assoziiert ist.

Evidenzlage: Ein Cochrane-Review aus dem Jahr 2012 (Gupta et al.) belegt auf Basis von 22 randomisierten Studien mit 7.280 Teilnehmerinnen, dass eine aufrechte Gebärhaltung verglichen mit einer liegenden Gebärhaltung positive Wirkung auf die Herztonmuster des Ungeborenen hat, die Schmerzmittelgabe in der Austreibungsphase verringert, weniger Dammschnitte und seltener höhergradige Dammsrisse provoziert und weniger Geburten mit Zange oder Vakuum operativ beendet werden müssen.

Forschungslücken bestehen hinsichtlich Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Angsterleben der Frauen bei der Geburt. Zudem fehlen Aussagen zu Langzeitwirkungen. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass eine die aufrechte Gebärhaltung unterstützende räumliche und psychosoziale Umgebung und entsprechend geschulte Hebammen die positiven Effekte noch verstärken könnten.

Forschungsempfehlung: Empfohlen wird eine Machbarkeitsuntersuchung mit anschließender cluster-randomisierter Wirksamkeitsstudie, die die Wirkung der aufrechten Gebärhaltung in der klinischen Versorgung in Deutschland in Bezug auf Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Angsterleben der Frauen sowie auf Reduktion der perinatalen Komplikationsraten und auf mittel- bis langfristige Beschwerden nach der Geburt überprüft. Die komplexe Intervention „Aufrechte Geburt“ umfasst sowohl die proaktive evidenzbasierte Information der Nutzerinnen, die Verarbeitung der Wehen und Geburt des Kindes in aufrechter Körperposition als auch das spontane Pressen der Frau (verhaltensorientierte Intervention). Darüber hinaus wirken die räumliche Gestaltung des Gebärraums und die proaktive Unterstützung des betreuenden Personals (strukturorientierte Intervention).

Die vorangehende Machbarkeitsuntersuchung sollte Zugang zur Zielgruppe und die Akzeptanz bei den Frauen und Paaren sowie dem betreuenden Personal evaluieren. Dabei können der Leitfaden

Health problem: In German hospitals, three quarters of all low-risk pregnant women give birth in the supine position, despite the fact that German, British and WHO guidelines do not recommend a supine birthing position which is associated with a higher risk to the health of both mother and fetus.

Corpus of evidence: Based on 22 RCTs with 7,280 participants, a systematic Cochrane review (Gupta et al., 2012) revealed that an upright position - compared with a supine or lithotomy position - (1) has a positive impact on fetal heart rate patterns, (2) reduces the requirement for analgesic or anaesthetic medications in the second stage of labour, and (3) results in fewer episiotomies and (4) fewer instrumental deliveries.

There is a lack of evidence regarding perceived maternal autonomy, self-efficacy and anxiety when giving birth. Furthermore, evidence on long-term effects is absent. Some studies indicate that the choice of an upright birthing position might be boosted by a supporting physical and social environment and by specially trained midwives.

Implication for Research: There is a need for a feasibility study and a subsequent cluster RCT in the German healthcare context in order to investigate the effects of the upright posture for birthing on perceived maternal autonomy, self-efficacy and anxiety, on the reduction of perinatal complications and on long-term complaints.

The complex experimental intervention consists of (1) evidence-based and user-friendly information for women and their partners, (2) facilitating the choice for an upright labour position by special training for midwives and (3) providing a supportive physical and social environment.

Within the first study phase, the exploration of feasibility in terms of access to the target group and acceptance of the intervention by pregnant women, their partners and midwives is recommended. Thereby, the implementation of guidelines for upright labour and birth, the documentation and collection of outcome and cost data could be evaluated. Non-German instruments for measuring benefits, harms and long-term effects could be adapted to and validated for the German context.

zur Durchführung der Geburt in aufrechter Haltung und die Erhebungsinstrumente auch zur Erfassung von Geburtserleben, Langzeitwirkungen, Kosten und unerwünschten Effekten für den Zielkontext in Deutschland angepasst werden.

Schlüsselwörter: Geburt, Hebammen, aufrechte Gebärlhaltung, Wissenstransfer

Einleitung zum Format der Potenzialanalyse

Die Methode der Potenzialanalyse prüft, inwieweit eine umschriebene Intervention das Potenzial hat, zur Lösung eines versorgungsrelevanten Gesundheitsproblems beizutragen. Die Vorgehensweise und die Struktur der Berichterstattung folgen einem methodischen Leitfaden [1], um sicherzustellen, dass bei Schlussfolgerungen zum weiteren Forschungsbedarf die Bedürfnisse der betroffenen Klienten, die aktuelle Versorgungspraxis in Deutschland und der internationale Evidenzkorpus Berücksichtigung finden.

Die vorliegende Potenzialanalyse untersucht, inwieweit eine aufrechte im Vergleich zu einer liegenden Gebärlhaltung Komplikationsraten bei der Geburt reduzieren und das Geburtserleben positiv beeinflussen kann. Dazu werden zunächst (1) die Folgen der liegenden Gebärlhaltung für Betroffene und (2) die Endpunkte, die aus Sicht der Betroffenen verbessert werden müssen, dargestellt. Es folgt die Beschreibung (3) der gesellschaftlichen Folgen des Gesundheitsproblems und (4) des derzeitigen Versorgungstatus in Deutschland. An (5) die Skizzierung des Potenzials bzw. des vermuteten Wirkmechanismus der aufrechten Gebärlhaltung schließen sich (6) Tabellen zur Evidenzlage und zu Evidenzlücken an. Nach (7) der Prüfung der Übertragbarkeit der Intervention in den deutschen Versorgungskontext werden (8) Empfehlungen für die weitere Forschung abgeleitet. Das grundsätzliche methodische Vorgehen für die Erstellung von Potenzialanalysen ist im einführenden Artikel dieses Supplements begründet und ausführlich dargestellt in dem frei zugänglichen Leitfaden (www.cochrane.de/de/leitfaden). Recherchedetails zur hier untersuchten Intervention schließen (9) die vorliegende Analyse ab.

Das Gesundheitsproblem und die Folgen für die Betroffenen

Unter einer liegenden Gebärlposition wird die Rücken- oder Steinschnittlage (Stufenlagerung mit Einsatz von Beinhaltern), die Seitenlage oder eine halbsitzende Position bis zu etwa 30 Grad aus der Horizontalen verstanden, bei der die Beine jeweils rechtwinklig angezogen und gespreizt werden. Im Vergleich zur aufrechten birgt die liegende Gebärlhaltung jedoch Risiken für Komplikationen während und nach der Geburt, da Haltungs- und Einstellungsanomalien begünstigt werden, die ggf. operative Eingriffe erforderlich machen. Beim Ungeborenen kann es verstärkt zu pathologischen Herztonmustern kommen [2, 3]. Bei Gebärenden erhöht sich die Anzahl der

Keywords: Parturition, midwifery, upright birthing position, knowledge translation

Vakuum- oder Zangengeburt [2, 3, 4]. Weiterhin gibt es wissenschaftliche Hinweise für ein verstärktes Schmerzerleben [2, 5] und eine vermehrte Schmerz- und Wehenmittelgabe [4, 6].

Klientenzentrierte Endpunkte

Das körperliche Wohlbefinden der Mutter nach normaler vaginaler Geburt wird in Studien bisher über die Parameter des Schmerzerlebens, die Schmerzmittelgabe, die Dauer der Austreibungsphase, Blutverlust und geburtsspezifische Verletzungen beschrieben.

Die Erfassung der subjektiven Geburtserfahrung als klientenzentrierter Endpunkt fehlt bisher in vielen randomisiert kontrollierten Studien, ist aber als relevant beschrieben [3, 4, 7], weil sich eine positive Geburtserfahrung günstig auf den Umgang mit den neuen Anforderungen auswirken kann, die ein Neugeborenes an die Familie stellt [8]. Ein negatives Geburtserleben kann hingegen die subjektive Gesundheit der Frauen und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität nach der Geburt nachhaltig beeinträchtigen [9]. Wenn Frauen Kontrolle und Einfluss auf das Geburtsgeschehen spüren und sich dabei als selbstwirksam erleben, können sie die Geburt als positiv erfahren, auch wenn die Situation objektiv belastend ist [10, 11, 12]. In zukünftigen Studien sollte daher neben objektiven Parametern die subjektive Geburtserfahrung der Frau als klientenzentrierter Endpunkt erfasst werden und zwar hinsichtlich ihrer erlebten Selbstwirksamkeit, wahrgenommenen Einflussnahme und Kontrolle des Geburtsgeschehens.

Folgen für die Gesellschaft

Im Jahr 2012 haben in Deutschland 653.215 Frauen in einer Klinik geboren [13]. Davon erfolgten etwa ein Drittel der Geburten per Kaiserschnitt und zwei Drittel als vaginale Geburten. Bei 74,1% der vaginalen Geburt gebaren die Frauen in einem Kreißbett liegend [14]. Somit sind jährlich etwa 320.000 Frauen von den Risiken erhöhter Komplikationsraten durch liegende Gebärlhaltung betroffen. Im Jahr 2012 wurden 9,8% der vaginalen Geburten mithilfe einer Zange oder eines Vakuums operativ beendet, davon 59% aufgrund pathologischer Herztonmuster. Es kam bei 36,5% der Gebärenden zu Dammrissen mit und ohne zusätzlicher Episiotomie, die bei 24,9% aller vaginalen Geburten geschnitten wurde [14]. Es liegen in Deutschland keine Daten dazu vor, ob sich die Komplikationsraten bei liegender oder aufrechter Gebärlhaltung unterscheiden.

Versorgungsstatus

In Deutschland werden nahezu alle klinischen und außerklinischen Geburten von Hebammen begleitet. Je nach Klinik-Setting waren 2012 bei 68,2% der Geburten zusätzlich Fachärzt/innen der Geburtshilfe und/oder bei 59,7% Assistent/innen in Facharzt-Weiterbildung dabei. Etwa drei Viertel der Spontan-Geburten in der Klinik fanden in liegender Gebärhaltung statt [14]. MIDIRS gibt zu bedenken, dass Kreißsäle mit predominantem Kreißbett den Frauen suggerieren, dass das Kreißbett der Ort sei, in dem sie sich überwiegend aufhalten sollten [15]. Eine eher liegende Haltung während der Geburt scheint auch durch Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte beeinflusst zu sein, weil das Ungeborene so in der Zeit der Wehenarbeit und schließlich der Geburt komfortabler überwacht werden kann [3, 4, 7, 16]. Um innerhalb der seit 1955 durch Friedman [17] diskutierten zeitlichen Begrenzung der Austreibungsphase zu bleiben [18, 19], wird eine zügige Entbindung angestrebt. Auch heute noch wird überwiegend die liegende Position in der Lehre am Phantom und in Lehrbüchern zur Darstellung einer Spontangeburt vermittelt [3, 20].

Potenzial der neuen Intervention

Die Austreibungsphase einer physiologischen Geburt beginnt mit der vollständigen Eröffnung des Muttermundes oder spätestens nach kompletter 90-Grad-Rotation des kindlichen Kopfes in Beckenmitte und endet mit der Geburt des Kindes [19]. Dabei wird das Kind durch den Geburtskanal geschoben und durch Unterstützung des einsetzenden mütterlichen Pressdrangs über den Damm (Perineum) geboren. Für die Mutter ändert sich in der Austreibungsphase die Schmerzqualität. Spätestens durch den auf den Mastdarm reflektorisch einsetzenden Pressdrang beginnt die Mutter, das Kind aktiv zu gebären. Die Hebamme versucht in dieser Zeit, die Kräfte von Mutter und Kind weitgehend zu schonen und natürliches Einreißen oder operatives Schneiden des Dammes durch Verlangsamung der unmittelbar bevorstehenden Geburt des kindlichen Kopfes zu verhindern [21]. Einen direkten Einfluss darauf haben die mütterliche Gebärposition und die effektive Ausnutzung des mütterlichen Pressdrangs zum Schutz des Dammes. Durch eine aufrechte statt einer liegenden Gebärhaltung ergibt sich eine bessere mütterliche kardiale Leistung und damit eine bessere Durchblutung des Uterus [22]. Die Schwerkraft, die bei einer aufrechten Position auf das Kind wirkt, unterstützt die Beugung des kindlichen Kopfes und damit die physiologische Einstellung des Kopfes als „vorangehenden Teil“ [23]. Die Effektivität der Wehen wird reflektorisch verstärkt [15] und der innere Raum des kleinen Beckens erreicht einen größeren Wert [24]. Frauen, die ihrem eigenen spontanen Pressdrang in aufrechter Gebärposition nachgeben konnten (verglichen mit Geburten in liegender Position und angeleitetem Pressen), empfanden weniger Schmerzen, fühlten sich weniger müde nach der Geburt und äußerten eher ein positives Geburtserleben [2] and [5].

Evidenzlage

Durch systematische Recherche (Methodik siehe Punkt 9) wurden ein Cochrane-Review aus dem Jahre 2012, vier nachfolgende relevante RCTs und eine Fall-Kontroll-Studie identifiziert. Das Cochrane-Review belegt auf Basis von 22 randomisierten Vergleichen mit 7.280 Frauen, dass eine aufrechte Gebärhaltung, verglichen mit einer liegenden, mehrere wesentliche Komplikationen signifikant reduziert [3] (siehe Tab. 1). Die Evidenzlücken beziehen sich auf den Mangel an Untersuchungen zu klientenrelevanten Endpunkten, möglichen unerwünschten Effekten, Langzeitwirkungen sowie Kosten (siehe Tab. 2).

Übertragbarkeit in den Zielkontext

In den 22 eingeschlossenen Studien des aktuellen Cochrane-Reviews wurde zumeist eine zuvor bestimmte aufrechte Gebärhaltung in der Austreibungsphase (in 13 Studien eine eher sitzende Position und in 7 Studien eine eher hockende Gebärposition) mit einer liegenden Gebärhaltung in der Austreibungsphase verglichen [3]. Abweichend dazu empfehlen die WHO [31], die britischen Leitlinien [23, 28, 32] und der Expertinnenstandard [33] in Deutschland, dass alle Frauen die von ihnen selbst gewünschte Gebärposition einnehmen sollten, mit dem expliziten Hinweis, dass eine liegende oder halbsitzende Position in der Austreibungsphase möglichst vermieden werden sollte.

Die Zahl der Frauen, die sich bisher für eine liegende Position entschieden haben ist in Deutschland jedoch sehr hoch. Um deutliche Effekte infolge einer aufrechten, mobilen Gebärhaltung in deutschen Kreißsälen replizieren zu können, müssen daher zunächst Bedingungsfaktoren für eine erfolgreiche Implementierung eruiert werden.

Population: Ein Vergleich von Original- und Zielpopulation lässt eine Übertragbarkeit der Effekte vermuten. 65% der Teilnehmerinnen der Studien des aktuellen Cochrane-Reviews haben in Kliniken in Europa, in Hong-Kong, Kanada und Neuseeland geboren.

In den meisten Studien erfolgte die Rekrutierung der Schwangeren in der Zeit nach Aufnahme zur Geburt im Kreißsaal bis zum Beginn der Austreibungsphase. Eingeschlossen waren Erst- und/oder Mehrgebärende mit Einlings- und wenigen Zwillingsschwangerschaften, mehrheitlich im errechneten Entbindungszeitraum (37 + 0 bis 41 + 6 Schwangerschaftswochen), für die eine unkomplizierte vaginale Geburt angestrebt werden konnte. Die Gebärenden selbst konnten sich eine aufrechte Haltung während ihrer Geburt vorstellen. Sie hatten zum Zeitpunkt der Rekrutierung keine Epiduralanästhesie, konnten sie aber im Verlauf der Geburt noch erhalten. Diese Einschlusskriterien sind direkt übertragbar auf den Zielkontext in Deutschland.

Intervention: In den maßgeblichen Studien werden die Interventionen nicht präzise genug beschrieben. Nicht berichtet wird über die Unterstützung der Mobilität der Gebärenden bei der Wehenarbeit in der Eröffnungsperiode, die erfolgte Unterstützung der physiologi-

Tabelle 1: Endpunktspezifische Evidenzlage: Aufrechte versus liegende Gebärhaltung (Gupta et al., 2012) [3].

| Endpunkte | Limitationen | Inkonsistenz | Indirektheit | Fehlende Präzision | Publikationsbias | Ergebnis |
|---|--|------------------------|---------------------|---------------------|------------------|--|
| Schmerzmittelgabe in der Austreibungsphase | geringe Einschränkung ^{a,b,c} | keine Einschränkung | keine Einschränkung | keine Einschränkung | gering | RR 0,97 |
| 7 RCTs, 3.593 Teilnehmerinnen aufrecht 1.823, liegend 1.770 | ^a Verblindung bei allen 7 RCTs nicht möglich ^b Selektionsbias bei 1 RCT ^c unklare Randomisierung bei 1 RCT | | | | | 95%-Konfidenzintervall [0,92 bis 1,02] |
| Dauer der Austreibungsphase | schwerwiegende Einschränkung ^{a,b,c,d} | hohe Heterogenität | keine Einschränkung | keine Einschränkung | gering | -3,71 Minuten |
| 10 RCTs, 3.485 Teilnehmerinnen aufrecht 1.773, liegend 1.712 | ^a Verblindung bei allen 10 RCTs nicht möglich ^b Selektionsbias bei 3 RCTs ^c inadäquate Randomisierung bei 3 RCTs ^d fehlende Daten bei 1 RCT | $I^2 = 94\%$ | | | | 95%-Konfidenzintervall [-8,78 bis 1,37] |
| Episiotomien | schwerwiegende Einschränkung ^{a,b,c,d} | Keine Einschränkung | keine Einschränkung | keine Einschränkung | gering | RR 0,79 |
| 12 RCTs, 4.541 Teilnehmerinnen aufrecht 2.268, liegend 2.273 | ^a Verblindung bei allen 12 RCTs nicht möglich ^b Selektionsbias bei 3 RCTs ^c inadäquate Randomisierung bei 1 RCT, bei 2 RCTs unklar ^d fehlende Daten bei 1 RCT | $I^2 = 7\%$ | | | | 95%-Konfidenzintervall [0,70 bis 0,90] |
| Dammriss II° | schwerwiegende Einschränkung ^{a,b,c,d,e} | moderate Heterogenität | keine Einschränkung | keine Einschränkung | gering | RR 1,35 |
| 14 RCTs, 5.367 Teilnehmerinnen aufrecht 2.658, liegend 2.709 | ^a Verblindung bei allen 14 RCTs nicht möglich ^b Selektionsbias bei 5 RCTs, bei 2 RCTs unklar ^c inadäquate Randomisierung bei 4 RCTs, bei 2 RCTs unklar ^d fehlende Daten bei 1 RCT ^e weitere Bias bei 1 RCT nicht auszuschließen | $I^2 = 32\%$ | | | | 95%-Konfidenzintervall [1,20 bis 1,51] |
| Dammriss III° und IV° | schwerwiegende Einschränkung ^{a,b,c} | keine Einschränkung | keine Einschränkung | keine Einschränkung | gering | RR 0,58 |
| 5 RCTs, 1.685 Teilnehmerinnen aufrecht 824, liegend 861 | ^a Verblindung bei allen 5 RCTs nicht möglich ^b Selektionsbias bei 3 RCTs, bei 1 RCT unklar ^c inadäquate Randomisierung bei 2 RCTs, bei 1 RCT unklar | $I^2 = 5\%$ | | | | 95%-Konfidenzintervall [0,22 bis 1,52] |
| Vaginal-operative Geburtsbeendigungen | schwerwiegende Einschränkung ^{a,b,c,d,e} | moderate Heterogenität | keine Einschränkung | keine Einschränkung | gering | RR 0,78 |
| 19 RCTs, 6.024 Teilnehmerinnen aufrecht 2.995, liegend 3.029 | ^a Verblindung bei allen 19 RCTs nicht möglich ^b Selektionsbias bei 7 RCTs, bei 2 RCTs unklar ^c inadäquate Randomisierung bei 3 RCTs, bei 4 RCTs unklar ^d fehlende Daten bei 1 RCT ^e weitere Bias bei 1 RCT nicht auszuschließen | $I^2 = 27\%$ | | | | 95%-Konfidenzintervall [0,68 bis 0,90] |
| Pathologisches Herztoumster des Ungeborenen | geringe Einschränkung ^{a,b,c} | keine Einschränkung | keine Einschränkung | keine Einschränkung | gering | RR 0,46 |
| 2 RCTs, 617 Teilnehmerinnen aufrecht 307, liegend 310 | ^a Verblindung bei den 2 RCTs nicht möglich ^b Selektionsbias unklar bei 1 RCT ^c Randomisierung unklar bei 1 RCT | $I^2 = 15\%$ | | | | 95%-Konfidenzintervall [0,22 bis 0,93] |

Tabelle 2: Evidenzlücken

| | |
|---|---|
| <p>Nachfolgende Studien (nach Gupta et al., 2012)[3] noch ohne Bewertung nach GRADE</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Azhari, Khalilian Muvahhed, Tara & Esmaeli (2013) [25]. n = 90. Aufrechte sitzende Position vs. kniende Position vs. liegende Position; Endpunkte: Dauer der Austreibungsperiode, Schmerzerleben. • Calvo Aguilar, Flores Romero & Morales Garcia (2013) [26]. n = 164. Aufrechte Position vs. liegende Position; Endpunkte: Dauer der Austreibungsperiode, Schmerzerleben, Blutverlust, Geburtsverletzungen, vaginal-operative Geburtsbeendigung, Zufriedenheit mit der Gebärposition und kindliche Parameter. • Ganapathy, T. (2012) [2]. n = 200. Aufrechte sitzende Position vs. liegende Position; Endpunkte: Dauer der Austreibungsperiode, Schmerzerleben, Blutverlust, vaginal-operative Geburtsbeendigung, Herztonmuster, APGAR-Score, Geburtserleben der Mutter. • Chang, Chou, Lin, Lin, Lin & Kuo (2011) [5]. n = 66. Aufrechte Position und Pressen nach eigenem Gefühl vs. liegende Position mit angeleitetem Pressen. Endpunkte: Schmerzerleben, Geburtserleben und Müdigkeit nach der Geburt. |
| <p>Fall-Kontroll-Studie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Bodner-Adler, Bodner, Kimberger, Lozanov, Husslein & Mayerhofer (2003) [6]. n = 614. Fall-Kontroll-Studie. Aufrechte Hockergeburt vs. liegende Geburtsposition; Endpunkte: Dauer der Austreibungsperiode, Blutverlust, APGAR-Score, Nabelschnur-PH, Schmerzmittel- und Oxytocingebrauch, Episiotomierate, Rissverletzungen. |
| <p>Klientenrelevante Endpunkte</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Angsterleben bei der Geburt sind zu wenig untersucht. Obwohl immer wieder betont wird, dass diesen Themen für die positive Geburtserfahrung der Frauen und ihrer Partner eine große Bedeutung zukommt [3, 4, 7, 8, 10, 12, 27, 28] werden sie weder in den Primärstudien des aktuellen Cochrane Reviews [3] noch in den nach dem Reviewzeitraum abgeschlossenen RCTs [2, 5, 25, 26] erfasst. In weiteren Cochrane-Reviews zur Eröffnungsphase der Geburt [7] wird die mütterliche Zufriedenheit mit der Geburt erhoben. In einem Cochrane-Review zum Setting, in dem eine Geburt stattfindet [4], wurde die Zufriedenheit der Mütter mit ihrer Betreuung in der Klinik während der Geburt erfragt. • Ergebnisse zur Dauer der Austreibungsphase in unterschiedlichen Gebärpositionen liegen durch das aktuelle Cochrane-Review [3] vor, wurden aber nicht differenziert betrachtet nach Gebärhaltung in Kombination mit Druck von außen auf den Gebärmutterfundus durch eine zusätzliche Person (Kristeller-Handgriff) und aktiver Anleitung zum Pressen durch die Hebamme (Valsalva-Manöver) oder selbstbestimmtem Mitschieben entsprechend des Pressdrangs der Frau. Eine erste Studie [5] erbrachte Ergebnisse zum Vergleich der aufrechten Position und Pressen nach eigenem Gefühl vs. liegender Position und angeleitetem Pressen (Valsalva-Manöver). Aus ethischen Gesichtspunkten wurde für diese Studie ein quasi-experimentelles Design gewählt. • Ein positiver Effekt von Mobilität in aufrechten Positionen während der Geburt wird in Cochrane-Reviews von Lawrence et al. [7] für die Zeit der Eröffnungsphase der Geburt thematisiert und von Hodnett et al. [4] in alternativen klinischen Geburtsettings, in denen Frauen ohne vorherige Geburtsrisiken hebammengeleitet ihr Kind gebären, die Hebammen die Geburt als natürliches Ereignis vermitteln und die Räume, in denen die Wehenarbeit und Geburt stattfinden, nicht konventionellen Kreißsälen in Krankenhäusern entsprechen. • Ein höherer Anteil an Geburten in aufrechten Gebärhaltungen wäre auch in Deutschland sowohl nach Mobilität in der Eröffnungsphase als auch in alternativen klinischen Settings zu vermuten. Dies wurde aber bisher nicht explizit untersucht. |
| <p>Kosten</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Keine der Studien zu aufrechter Gebärposition erhebt Daten zu Kosten der Interventionen. • Informationen zur späteren (Folge-)Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden in dem aktuellen Cochrane-Review [3] und in den nach dem Reviewzeitraum abgeschlossenen RCTs [2, 5, 25, 26] nicht berichtet. Es ist aber davon auszugehen, dass eine höhere Rate an höhergradigen Dammrissen, vaginal-operativen Geburtsbeendigungen und pathologischen Herztonmustern der Ungeborenen eher zu einer Inanspruchnahme von weiteren Gesundheitsleistungen, von Seiten der Mütter und der Neugeborenen, führen • Auch die Inanspruchnahme von medizinischer und psychologischer/psychiatrischer Therapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung infolge einer traumatisch erlebten Geburt erzeugt Kosten. |
| <p>Langzeitwirkungen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Das aktuelle Cochrane-Review berichtet nicht von Langzeitwirkungen. |
| <p>Unerwünschte Effekte</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Eine negativ empfundene Geburtserfahrung (Versagen, Erleben von Fremdbestimmtheit, traumatisierend wirkende Ereignisse) wirkt sich möglicherweise indirekt ungünstig auf den Umgang mit den neuen Fürsorge-Anforderungen aus, die ein Neugeborenes an die Familie stellt [8]. Diese Wirkung bleibt - auch vor dem Hintergrund der Bundesinitiative Frühe Hilfen zur Stärkung elterlicher Kompetenz und zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen [29] - bisher ungeklärt. • Auch wenn bei aufrechter Gebärhaltung das Risiko für Dammrisse II° leicht steigt, sinkt es für Dammschnitte und schwere Dammverletzungen (Dammrisse III° und IV°) deutlich (siehe Tab 1). • Das Cochrane-Review [4] berichtet keine gemessenen, sondern nur geschätzte Daten zu Blutverlusten über 500 ml. Nach diesen Schätzungen sind Fälle mit Blutverlusten über 500 ml in den Gruppen mit aufrechter Gebärhaltung leicht erhöht. De Jong [30] berichtet, dass in Gruppen mit aufrechter Gebärhaltung, die Fälle mit gemessenem Blutverlust über 500 ml erhöht sind, wenn es bei den Geburten zu Dammverletzungen kam. In den Gruppen ohne Dammverletzung waren die Fälle mit Blutverlust nur moderat erhöht. |

schen aufrechten Gebärhaltung durch das Klinikpersonal sowie dessen Kompetenzen im Hinblick auf die manuelle und psychosoziale Begleitung einer Geburt in aufrechter Körperhaltung. Auch wird nicht über die räumliche Ausstattung der Kreißsäle und die Praktikabilität der Einrichtung der Räume mit Hilfsmitteln zur Umsetzung aufrechter Gebärhaltungen berichtet. Ein möglicher Zusammenhang zwischen Umgebungsgestaltung, Kompetenzen des Klinikpersonals und die Wahl der aufrechten Gebärhaltung ergibt sich aus einem Cochrane-Review von Hodnett et al. [4]. Kreißsäle sind in Deutschland überwiegend mit einem prodominanten Kreißbett eingerichtet, das in vielen Fällen während der Geburt nicht zur Seite (weg-)gestellt wird. Inseln mit flexiblen Schaumstoffblöcken, Matratzen und Tüchern zum Festhalten, die zur Bewegung einladen, werden in der Austreibungsphase wenig angeboten bzw. genutzt. Auch Abbildungen von Schwangeren und Gebärenden in natürlichen aufrechten Positionen (zur Anregung, diese Positionen auch selbst einnehmen zu können), Musik und Videos (zur Ablenkung) und Zugang der Gebärenden zur Einstellung der Raumtemperatur und des Lichtes – durch Studien als hilfreich evaluiert [15, 16, 34] und durch ein validiertes Erhebungsinstrument für eine optimale Geburtsumgebung messbar gemacht [35] – sind eher nicht zu finden. So werden visuelle und taktile Aspekte der Verhältnis- und der Verhaltensprävention nicht genutzt.

Einer Pilotstudie in Kanada zufolge verändert sich bei entsprechender Umgebung nicht nur das Verhalten der Schwangeren, sondern auch das der Betreuenden [16]. Die Theorie des Birth Territory [36] beschreibt einen Erklärungsversuch zum Zusammenhang zwischen Geburtsumgebung und emotionalem und physiologischem Erleben der Gebärenden unter Beibehaltung der Selbstbestimmung. Eine konsequente Beachtung der vorhandenen Evidenz durch Hebammen und Ärztinnen/Ärzte, die Information der Schwangeren und der breiten Öffentlichkeit sowie die Umgestaltung der Räumlichkeiten durch die Leitung der Kliniken bzw. geburtshilflichen Abteilungen sind notwendig, um Frauen von den Vorteilen einer aufrechten Gebärhaltung zu überzeugen.

Forschungsempfehlung

Obwohl die Vorteile aufrechter Gebärhaltungen überwiegen, hat sich die komplexe Intervention „Aufrechte Geburt“ bisher nicht durchgesetzt.

Um die Akzeptanz dieser Intervention bei den Gebärenden und dem betreuenden Personal der Kliniken zu evaluieren, empfiehlt sich eine Pilotstudie zur Überprüfung spezifischer Aspekte der Machbarkeit. Beispielhaft zu nennende Aspekte sind die Erstellung eines detaillierten Leitfadens, die praktische Schulung der Hebammen in der Begleitung aufrechter Geburten und die Validierung von Messinstrumenten zur Erhebung von Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Angsterleben im Kontext der Geburt. Zur Replizierbarkeit der in dem aktuellen Cochrane-Review beschriebenen Wirksamkeit müs-

sen darin verwendete bzw. relevante Messinstrumente in deutscher Sprache sorgfältig ausgewählt und validiert werden.

Gemäß der Evaluationslinie des Medical Research Council [37] wäre nachfolgend eine cluster-randomisierte Wirksamkeitsstudie angezeigt, die die Wirkung der aufrechten Gebärhaltung in der klinischen Versorgung in Deutschland in Bezug auf Komplikationsreduktion und auf Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Angsterleben der Frauen überprüft.

Der Zielgruppenzugang könnte multizentrisch über geburtenstarke Kliniken erfolgen und eine größere Anzahl von geburtshilflichen Abteilungen – günstigerweise eines Netzwerks, zu dem bereits Kontakte bestehen – zur Teilnahme an der Interventionsstudie und der cluster-Randomisierung motiviert werden. Die Zuweisung der gesamten geburtshilflichen Abteilung zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe verhindert, dass durch die Intervention erworbenes neues Handlungswissen bewusst oder unbewusst in die Kontrollgruppe einfließt. Je ein Kreißsaal der teilnehmenden Kliniken der Interventionsgruppe müsste so umgestaltet werden, dass er zu Mobilität bei der Wehenarbeit einlädt, der Gebärenden selbstbestimmte Körperhaltungen und Handlungen ermöglicht und eine aufrechte Position als normale Gebärhaltung visuell und motivierend vermittelt. Zur Verbesserung der Akzeptanz bei Schwangeren und ihren Partnern könnten Informationsabende der geburtshilflichen Abteilungen genutzt werden, an denen die Räumlichkeit gezeigt, die Intervention mit ihrer Evidenz sowie ihren Vor- und Nachteilen vorgestellt und um die Teilnahme an der Studie geworben wird. Der im Rahmen der Pilotstudie und gemeinsam mit Hebammen und Ärztinnen/Ärzten erarbeitete Leitfaden und gemeinsame Schulungen in einem Skills-Lab mit der Möglichkeit zur Supervision würden die standardisierte Durchführung der Intervention erhöhen.

Zur Sicherung der prozessualen Umsetzungsqualität und zur Generierung von zusätzlichen subjektiven Daten sollten Veränderungen im Erleben der Geburt aus Perspektive der Gebärenden und ihrer Partner zusätzlich durch hermeneutisch-interpretative Methoden erfasst werden. Zur Erhebung der Langzeitwirkungen wäre der Vergleich der Komplikationen und subjektiven Erfahrungen bei Geburt mit den körperlichen und mentalen Beschwerden im postpartalen Zeitraum von bis zu einem Jahr relevant. Postpartale Beschwerden und entsprechende Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen könnten zusätzlich in eine Kostenanalyse eingehen.

Zur Überwindung von Umsetzungsbarrieren könnten evidenzbasierte Informationen zu Mobilität und aufrechter Haltung während der Geburt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und/oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden. Von Seiten der Klinikleitung wären Positionspapiere sowie eine evidenzbasierte Fortbildung des betreuenden Personals hilfreich. Eine konsequente interkollegiale Unterstützung, eine Dokumenten-gestützte Stringenz bei Information und Motivation der Schwangeren bzw. der Paare und die

Ermöglichung von Entscheidungsoptionen auf der Basis einer evidenzbasierten Information durch Hebammen und Ärztinnen/Ärzte sind weitere realisierbare Wege zum aufrechten, physiologischen Gebären.

Details zur Vorgehensweise

Die Recherche zur Evidenzlage folgte dem Leitfaden des Deutschen Cochrane Zentrums. Die Fragestellung wurde mit dem PICOS-System (Patient-Intervention-Comparison-Outcome-Studydesign) wie folgt präzisiert:

- P** Risikoarme Gebärende: birth, low risk, labor.
MeSH-Terms führten zu dem Begriff "labor stage, second".
- I** Aufrechte Körperhaltung während Wehen und Geburt: vertical, upright position, squatting, kneeling, birthing stool.
MeSH-Terms führten zu keinem Ergebnis.
- C** Geburt im Bett liegend, Austreibungsphase überwiegend in horizontaler Position: horizontal position, lithotomy, lateral, lying, supine.
MeSH-Terms führten zu keinem Ergebnis.
- O** Komplikationen und Wohlbefinden während und Zufriedenheit mit der Geburt; Episiotomie, Dammriss, vaginaloperative Geburt, Dauer der Austreibungsperiode, fetale Herzschläge: episiotomy, perineal tears, assisted delivery, fetal heart rate.
MeSH-Terms führten zu den Begriffen "episiotomy", "perineal tears", "assisted delivery" und "heart rate, fetal".
- S** Qualitätsgesicherte systematische (Cochrane) Reviews sowie danach durchgeführte RCTs und kontrollierte Studien.

Mit den Suchbegriffen zu PIO-S wurden zunächst qualitätsgesicherte Reviews in der Cochrane-Library bei DIMDI und IQWiG gesucht,

anschließend systematische Reviews bei MEDLINE, EMBASE, PSYCHINFO, CINAHL und in den Zeitschriften von MIDIRS und Midwifery. Des Weiteren wurde mit entsprechenden Suchwörtern und Filtern im Cochrane Central Register of Controlled Trials, in übergeordneten Plattformen der WHO und in Studienregistern in Deutschland und den USA nach randomisiert kontrollierten Studien aus dem Zeitraum nach dem identifizierten Cochrane Review (PIO-S3) von Gupta et al. (2012) recherchiert.

Zur Beschreibung des Gesundheitsproblems lieferten folgende Informationsquellen adäquate Ergebnisse:

- ◆ Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de/) und Leitlinien-Informations- und Recherchedienst des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (www.leitlinien.de) zur Häufigkeit von Komplikationen während der Geburt.
- ◆ Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen (www.sqg.de) zur Häufigkeit von Geburten in liegender Gebärlage und zu Komplikationen während der Geburt.
- ◆ Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (www.quag.de) zum Wohlbefinden und zur Selbstbestimmung während der Geburt.
- ◆ The Royal College of Midwives (www.rcm.org.uk) und das National Institute for Health and Clinical Guidelines (www.nice.org.uk) zu evidenzbasierten Leitlinien.

Die Suche in weiteren im Leitfaden empfohlenen Quellen (www.gesundheitsziele.de, www.bvpraevention.de, agenda-pflegeforschung.de, wido [AOK], DIMDI, BZgA Frauengesundheitsportal, AWMF, G.I.N. und guideline.gov) erbrachte keine für die Fragestellung sinnvoll nutzbaren Ergebnisse.

Dieser Artikel ist ein Nachdruck des gleichnamigen Artikels der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ). Wir danken für die freundliche Genehmigung.

Bitte zitieren Sie diesen Artikel wie folgt:

Mattern, E., Voigt-Radloff, S. & Ayerle, G. M. (2014). Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärlage bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen (Analysis of potential for research on giving birth in an upright position in German hospitals). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*, 108(Supplement 1), 20-28.

Literatur

- [1] Voigt-Radloff, S., Stemmer, R., Behrens, J., Horbach, A., Ayerle, G. M., Schäfers, R., Binnig, M., Mattern, E., Heldmann, P., Wasner, M., Braun, C., Marotzki, U., Kraus, E., George, S., Müller, C., Corsten, S., Lauer, N., Schade, V. & Kempf S. (2013). *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie* (1. Auflage). doi: 10.6094/UNIFR/2013/1. http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/GFB_Leitfaden.pdf.
- [2] Ganapathy, T. (2012). Childbirth in Supported Sitting Maternal Position. *International Journal of Nursing Education*, 4(2), 87-91.
- [3] Gupta, J.K. Hofmeyr, G.J. & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Systematic Review*, 5, CD002006.
- [4] Hodnett, E.D., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Systematic Review*, 9, CD000012.
- [5] Chang, S. C., Chou, M. M., Lin, K. C., Lin, L. C., Lin, Y. L. & Kuo, S. C. (2011). Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour, *Midwifery*, 27(6), 825-831.

- [6] Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P. & Mayerhofer, K. (2003). Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 115(19–20), 720-723.
- [7] Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Art. No.: CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- [8] Singh, D. & Newburn, M. (2006). Feathering the nest: what women want from the birth environment. *RCM Midwives: The official journal of the Royal College of Midwives*, 9(7), 266-269.
- [9] Schäfers, R. (2011). *Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes: Self-rated health (SRH) and health-related quality of life (HRQoL) in women after childbirth*. Münster: Monsenstein & Vannerdat.
- [10] Nieuwenhuijze, M.J., Jonge, A. de, Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T. L. M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), e107-e114.
- [11] Krahl, A. (2013). Erwartungen und Erfahrungen von Frauen. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Verbund Hebammenforschung (Hrsg.). *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt* (S. 58-63). Osnabrück: DNQP.
- [12] The Royal College of Midwives (2012). Birth Environment. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour*. www.rcm.org.uk/college/policy-practice/evidence-based-guidelines (Stand: 28.02.2014).
- [13] Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014). *Entbindungen in Krankenhäusern (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Krankenhausmerkmale, Art der Entbindung*. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw921/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neul&p_aid=i&p_aid=43088073&nummer=552&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=73863636. (Stand: 02.03.2014).
- [14] AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2013). *Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2012 16/1 – Geburtshilfe*. Göttingen: AQUA.
- [15] MIDIRS Informed Choice Team (2012). Update on: Positions for labour and birth. *Essentially MIDIRS*, 3(2), 38-42.
- [16] Hodnett, E. D., Stremler, R., Weston, J. A. & McKeever, P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: the PLACE (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) pilot trial. *Birth*, 36(2), 159-166.
- [17] Friedman, E. A. (1955). Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 6(6), 567-589.
- [18] Bayes, S. W. (2011). Use of the lithotomy position for low-risk women in Perth, Australia. *British Journal of Midwifery*, 19(5), 285-289.
- [19] Williams, C. (2007). Arbitrary time limits for the second stage of labour – do they disempower women from achieving normal birth? A literature review. *MIDIRS Midwifery Digest*, 17(4), 527-533.
- [20] Chalubinski, K. M. & Husslein, P. (2006). Normale Geburt. In H. Schneider, P. Husslein & K. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (3. Auflage, S. 595-609). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- [21] Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M. & Reinar, L. M. . Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* (2) (2012), p. CD002006.
- [22] Schneider, H., Husslein, P.-W. & Schneider, K. T. M. (Hrsg.) (2004). *Die Geburtshilfe* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- [23] The Royal College of Midwives (2012). Positions for Labour and Birth. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour*. www.rcm.org.uk/college/policy-practice/evidence-based-guidelines/ (Stand: 28.02.2014).
- [24] Russell, J. G. B. (1969). Moulding of the Pelvic Outlet. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 76 (9), 817-820.
- [25] Azhari, S., Khalilian Muvahhed, H., Tara, F. & Esmaeli H. (2013). Comparison the effect of sitting and kneeling positions during the second stage of labor on pain and duration of second stage of labor in nulliparous women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 15(38), 7-16.
- [26] Calvo Aguilar, O., Flores Romero A. L. & Morales Garcia, V. E. (2013). [Comparison of obstetric and perinatal results of childbirth vertical position vs. childbirth supine position]. *Ginecología y obstetricia de México*, 81(1), 1-10.
- [27] Ashley, S. & Weaver, J. (2012). Factors influencing multiparous women who choose a home birth: a literature review. *British Journal of Midwifery*, 20(9), 646-652.
- [28] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). NICE clinical guideline 55: Intrapartum care. *Care of healthy women and their babies during childbirth*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg55/resources/guidance-intrapartum-care-pdf> (Stand: 26.11.2014).
- [29] Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2009). Was sind Frühe Hilfen? <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> (Stand: 9.12.2014)
- [30] Jonge, A. de, Diem, M. T. van, Scheepers, P. L. Pal-de, Bruin, K. M. van der & Lagro-Janssen, A. L. (2007). Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *BJOG*, 114(3), 349-355.
- [31] Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), 202-207.
- [32] The Royal College of Midwives (2012). Second Stage of Labour. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour*. <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Second%20Stage%20of%20Labour.pdf> (Stand: 26.11.2014).
- [33] Schäfers, R. (2013). Betreuung in der Austreibungsphase. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Verbund Hebammenforschung (Hrsg.), *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt* (S. 154-177). Osnabrück: DNQP.
- [34] Janssen, T. & Krahl, A. (2013). Gestaltung der Geburtsumgebung. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Verbund Hebammenforschung (Hrsg.), *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt* (S. 63-71). Osnabrück: DNQP.
- [35] Foureur, M., Sheehy, A., Forbes, I., Davis, D., Pandolfo, B., Fenwick, J. & Leap, N. H. C. (2010). Birthing Unit Design Spatial Evaluation Tool (BUDSet Tool, Version 2). University of Technology Sydney, Centre for Midwifery Child and Family Health. www.uts.edu.au/sites/default/files/budset.pdf (Stand: 15.02.2014).
- [36] Fahy, K. M. & Parratt, J. A. (2006). Birth Territory: a theory for midwifery practice. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*, 19(2), 45-50.
- [37] Medical Research Council (2008). Developing and evaluating complex interventions: new guidance. www.mrc.ac.uk/documents/pdf/developing-and-evaluating-complex-interventions (Stand: 28.07.2014).

Vertretung der DGHWi beim Runden Tisch "*Lebensphase Eltern werden*" des Arbeitskreis für Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)

Der *Runde Tisch*, der interdisziplinär zusammengesetzt ist, arbeitet seit 2011 an der Planung und Durchführung einer Kampagne, die das Ziel hat, auf regional- und bundespolitischer Ebene die Problematik der hohen Rate an Kaiserschnittentbindungen bekannt zu machen und Lösungsstrategien zu erarbeiten. Die Kaiserschnittkampagne, an deren Aufruf Sabine Striebich maßgeblich mitgearbeitet hat, ist im Juli 2013 gestartet. Innerhalb weniger Monate wurde er von über 2.000 Verbänden sowie Einzelpersonen unterzeichnet. Er hat wesentlich zur allgemeinen Sensibilisierung für dieses zentrale Problem der heutigen Geburtshilfe beigetragen (siehe: www.akf-kaiserschnittkampagne.de).

In diesem Jahr wurde der Fachtag *Zeit zu handeln: die Kaiserschnittrate senken – die normale Geburt fördern* vorbereitet, der am 20.6.2014 in den Räumen des Gemeinsamen Bundesausschuss in Berlin-Tiergarten stattfand. Nach einer bewegenden Rede der Psychologin Colette Mergeay zu Visionen zur Förderung der normalen Geburt (nachzulesen unter: www.akf-info.de/uploads/tx_mksimple/glossary/Mergeayaktversion.pdf), folgten vier Fachvorträge, in de-

nen Expertinnen und Experten ihre Lösungskonzepte vorstellten. Der Abschluss des Fachtags bestand in einer Podiumsdiskussion mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundesfamilienministeriums (BMFSFJ), der Krankenhausgesellschaft, des Spitzenverbandes der Krankenkassen, des Gesundheitsausschusses und der Bundesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Frauenbüros. Zurzeit wird an der Dokumentation des Fachtags gearbeitet. Im November wird eine Sitzung des Runden Tisches bei der BZgA in Köln stattfinden, mit dem Ziel, eine bundesweite Kampagne zu initiieren. An allen Treffen sowie am Fachtag hat Sabine Striebich kontinuierlich teilgenommen, als Vertretung stand Christine Loytved zur Verfügung. Interessierte Fachfrauen aus dem Bereich der Hebammenwissenschaft, die sich frauengesundheitspolitisch engagieren wollen, sind im AKF herzlich willkommen.

Dipl. Med. Päd. Sabine Striebich, Dr. rer. medic. Christine Loytved

Mandatsträgerinnen

Oktober 2014

Manuskripteinreichung zur Publikation:

Die Einreichungsfrist für die (übernächste) Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science), die im Herbst 2015 veröffentlicht wird, endet am

30.04.2015

Spenden an die DGHWi

Für eine einmalige Zuwendung an die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) mit oder ohne Mitgliedschaft steht Ihnen auf der Startseite der DGHWi-Homepage ein Spendenbutton zur Verfügung. Darüber wird Ihre Spende auf ein Paypal-Konto der DGHWi überwiesen. Sie selbst müssen kein Kundenkonto bei PayPal besitzen.

Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen sofort nach der Überweisung automatisch als pdf-Datei zur Verfügung gestellt. Diese Bescheinigung reicht für eine steuerliche Berücksichtigung bis zu einem Betrag von 200 Euro.

Für eine Spende kann auch das reguläre Konto der DGHWi bei der Volksbank Münster genutzt werden.

Empfänger: Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

IBAN: DE46 4016 0050 1602 2220 00

BIC: GENODEM1MSC

Die Spendenbescheinigung für die Überweisung auf das reguläre Konto der DGHWi erhalten Sie zu Beginn des neuen Jahres per Post. Dazu muss auf dem Überweisungsträger (auch online) eine Anschrift angegeben sein.

Sektion Schwangerenvorsorge

Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien

Laut der Mutterschaftsrichtlinien soll bei jedem Vorsorgetermin eine Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Sediment stattfinden. Zweck dieser Untersuchung ist die Feststellung einer asymptomatischen Bakteriurie (ASB). In der Praxis wird aus organisatorischen Gründen selten eine Sedimentuntersuchung durchgeführt. Stattdessen werden unterschiedliche Urinteststreifen und Urinkulturen verwendet. Laut der S-3-Leitlinie Harnwegsinfektionen von 2010 sollte eine ASB in der Schwangerschaft antibiotisch behandelt werden, um einer Erregerasenzion und einer Phylonephritis vorzubeugen und um Frühgeburten zu verhindern. Außerhalb der Schwangerschaft wird eine ASB nicht behandelt.

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) führt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Zeit eine patientenrelevante Nutzenbewertung dieses Screenings mit besonderer Berücksichtigung der Testmethode, der Sedimentuntersuchung, durch. Das IQWiG kommt in einem Vorbericht zu dem Schluss, dass der patientenrelevante Nutzen eines Screenings auf ASB bei Schwangeren aufgrund fehlender Studien unklar und der patientenrelevante Nutzen einer antibiotischen Therapie der ASB nicht belegt ist, da die veraltete Studienlage die aktuelle Versorgungssituation nicht widerspiegelt. Die vorgesehene Bewertung der Screeningmethoden ist entfallen, da die Sinnhaftigkeit des Screening selbst nicht belegt ist. Derzeit besteht die Möglichkeit zu Stellungnahmen, die in den endgültigen Bericht des IQWiG an den GBA einfließen werden.

Die Sektion Schwangerenvorsorge hatte für die DGHWi im Vorfeld zum Screening auf ASB gegenüber dem gemeinsamen Bundesaus-

schuss Stellung genommen: Die DGHWi sieht auf Grund der derzeitigen Evidenzlage keine Begründung für ein Screening auf asymptomatische Bakteriurie und deren Behandlung. Daher plädiert die DGHWi generell für das Unterlassen eines Screenings auf ASB und einer antibiotischen Behandlung, solange der Nutzen hierfür nicht belegt ist.

Vielen Dank für diese Stellungnahme an Monika Selow und Prof. Dr. Rainhild Schäfers!

Die Stellungnahme, inklusive Quellenangaben, findet sich auf der Homepage der DGHWi:

- ◆ http://dghwi.de/images/stories/Stellungnahmen/Stellungnahme_asymptomat-Bakteriurie_131007.pdf

Der Vorbericht des IQWiGs ist auf der Homepage des IQWiG einzusehen (Stand: November 2014):

- ◆ https://www.iqwig.de/download/S13-02_Kurzfassung_Vorbericht_Bakteriuryscreening-bei-Schwangeren.pdf

Mirjam Peters, B.Sc.

Kontakt: hebammemirjampeters@gmail.com

Bitte vormerken!

Mitgliederversammlung

Am **11. Februar 2015** findet die 9. Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. statt im Tagungsort:

Bonifatiushaus
Neuenberger Str. 3-5
36041 Fulda



Anmeldung: nach der Einladung im Januar 2015

Wege der Überwindung des Kaiserschnittwunsches bei Schwangeren, die das erste Kind erwarten: Implikationen für die Beratung in der Geburtsklinik – eine qualitative Studie

Ways of overcoming the wish for a cesarean section in primiparous women: implications for counseling in the obstetrical unit – a qualitative study

Dipl. Med. Päd. Sabine Striebich und Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA

Abstract

Hintergrund: Frauen mit Kaiserschnittwunsch in der ersten Schwangerschaft werden diesbezüglich in der Geburtsklinik beraten. Manche Schwangere ändert daraufhin ihre Einstellung und strebt eine normale Geburt an.

Ziele / Forschungsfrage: Exploration der Erfahrungen Schwangerer, die den Kaiserschnittwunsch aufgegeben und eine vaginale Geburt erlebt haben, hinsichtlich des Verlaufs der Entscheidungsänderung sowie relevanter Aspekte der Beratung.

Methodik: Fünf narrative Interviews (nach Schütze) 10 bis 24 Monate nach der Geburt. Die Auswertung erfolgte mit der dokumentarischen Methode (nach Bohnsack/Nohl).

Ergebnisse: Die Interviewteilnehmerinnen nannten ausreichend Zeit, eine vertrauensvolle Atmosphäre und Akzeptanz als wichtige Aspekte der Beratung. Zwei Frauen änderten ihre Einstellung grundsätzlich und präferierten die normale Geburt gegenüber dem Kaiserschnitt (subjektive Distanzierung). Dies wurde entweder durch evidenzbasiertes Wissen über Vor- und Nachteile beider Geburtsarten oder durch die gewonnene Überzeugung des Werts und der Chance einer normalen Geburt angestoßen. Drei Frauen wurden durch die Zusicherung individueller Unterstützung bei der Geburt, effektiver Schmerzkontrolle oder durch die ausdrückliche Empfehlung eines vertrauenswürdigen Experten in dem Glauben gestärkt, eine normale Geburt bewältigen zu können (motivierte Distanzierung).

Schlussfolgerung: Durch die Integration der identifizierten Beratungsaspekte und die Kenntnis möglicher Entscheidungswege können Hebammen, Ärzte und/oder Psychologinnen eine gesundheitsfördernde und präventive Beratung für Schwangere mit Kaiserschnittwunsch in der ersten Schwangerschaft sicherstellen.

Schlüsselwörter: Wunschkaiserschnitt, elektive Sectio caesarea, Beratung, Entscheidungsänderung

Background: Primiparous women who request an elective cesarean are counseled at the hospital where they want to give birth. As a result some pregnant women change their mind and aim for a vaginal birth.

Objective: Exploration of the experiences of women, who requested a cesarean section but changed their mind and experienced a normal vaginal birth, with regard to the change in the decision making process and to relevant aspects of the professional advice received.

Methods: Using Schütze's method, narrative interviews with five women were conducted 10 to 24 months after their first labor. The evaluation was performed according to the ("documentary") method by Bohnsack/Nohl.

Results: The participants of this study stated that sufficient time, a trustworthy atmosphere and acceptance were important aspects of the counseling session. Two women completely changed their subjective attitude and decided to attempt a normal birth rather than opt for a cesarean (subjective distancing). This change was brought about either by evidence-based information on the advantages and disadvantages of both modes of birth, or by becoming convinced of the value of experiencing a normal birth. Three women were strengthened in the belief that they were capable of giving birth normally by the assurance of individual support, effective pain control, or the explicit recommendation of a trusted expert (motivated distancing).

Conclusion: Professionals such as midwives, physicians and/or psychologists can give health promoting and preventive advice to pregnant primiparous women opting for an elective cesarean section by integrating the identified aspects of counseling and knowledge of various options in the decision making process.

Keywords: Elective cesarean section, decision change, counseling

Hintergrund

Ein Kaiserschnitt ist heute in Deutschland ein sicheres, routinemäßiges Verfahren. Im Jahr 2012 erfolgten 31,7% aller Krankenhausentbindungen als Kaiserschnitt (Destatis, 2013).

Eine Besonderheit ist der „elektive“, also gewählte Kaiserschnitt, der vor Beginn der Geburt bei einer Einlingsschwangerschaft am errechneten Geburtstermin ohne medizinische Indikation auf Wunsch der Frau durchgeführt wird (Dudenhausen, 2008, S. 81; Mass & Weigel, 2009, S. 360). Wegen des Fehlens einer medizinischen Indikation ist auch der Begriff Wunschkaiserschnitt (Mass, Weigel, 2009, S. 362; Schäfers, 2011, S. 80) gebräuchlich.

Die Prävalenz des Kaiserschnittwunsches wird mit 7,6% in Schweden (Karlström et al., 2010), 8,5-9,8% in Finnland (Rouhe, 2008), 10% in der Schweiz (Tschudin et al., 2009) sowie 13 bzw. 5% (Erst- bzw. Mehrgebärende) in Kanada (Pakenham, 2006) angegeben. In Deutschland besteht bei 3,8% aller Schwangeren, die das erste Kind erwarten, der Wunsch, per Kaiserschnitt zu entbinden (Helmers & Schücking, 2005).

Gründe für diesen Wunsch sind Ängste der Schwangeren, z.B. vor schmerzhaften Wehen, die Sorge um die eigene unmittelbare oder spätere Gesundheit oder das Wohlbefinden des Kindes (Dudenhausen, 2008, S. 81-82; Fenwick et al., 2010, S. 394; Fuglenes et al., 2011, S. 45e7; Rouhe et al., 2008, S. 71).

Obwohl kein Zweifel daran besteht, dass aus Gründen der Achtung der Autonomie der Gebärenden die Durchführung einer Kaiserschnittoperation auf mütterlichen Wunsch nicht rechtswidrig ist und demnach grundsätzlich vorgenommen werden darf (Bockenheimer-Lucius, 2002; NICE Guideline, 2011, S. 7), sind bezüglich des Umgangs mit einem Kaiserschnittwunsch Unterschiede erkennbar. So sieht die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* das Vorhandensein von Ängsten bei der Schwangeren als relative medizinische (nämlich psychische) Indikation für einen Kaiserschnitt an (DGGG, 2010, S. 3-4). Andererseits betonen Geburtshelfer mit psychosomatischer Ausrichtung, es sei wichtig, vor der Durchführung eines Wunschkaiserschnitts grundsätzlich die zugrunde liegenden Ängste zu identifizieren und zu beeinflussen (Utz-Billing & Kentenich, 2012, S. 117). Dies wird an anderer Stelle ähnlich gesehen (Wiklund et al., 2012, S. 104).

Kaiserschnitte auf Wunsch werden von Experten als ein medizinisches, finanzielles und ethisches Dilemma bezeichnet, welches ein fundiertes Beratungskonzept erfordert (D'Souza & Arulkumaran 2013, S. 12). Aus gesundheits- und hebammenwissenschaftlicher Sicht verdienen Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation eine besondere Beachtung, da hierbei vermeidbare Risiken eingegangen werden, die bei einer normalen Geburt als physiologischem Geschehen fehlen. Erstgebärende Frauen stellen dabei eine ausgewählte Gruppe dar. Vermutlich werden in Zukunft Geburtshelfer noch häufiger mit dem Kaiserschnittwunsch Erstgebärender konfrontiert (Gallagher et al., 2012, S. 42).

Gerade den ersten Kaiserschnitt zu umgehen, ist aber vor dem Hintergrund der zahlreichen Risiken und Auswirkungen auf eine spätere Schwangerschaft (Hyde, 2012; Silver, 2012) sowie die möglichen Spätfolgen für das Kind (Cho, 2013; Cardwell et al., 2008; Thavagnanam et al., 2008) ein vordringliches Ziel. Die Entwicklung von Strategien zur Vermeidung überflüssiger Kaiserschnitte ist außerdem auch unter gesundheitspolitischem und ökonomischem Aspekt vordringlich, dabei sind nicht nur die direkten Kosten relevant, auch indirekte bzw. Folgekosten von Kaiserschnittoperationen belasten das Gesundheitssystem (Miesnik & Reale, 2007, S. 610).

Es ist anzunehmen, dass kulturelle und institutionelle Faktoren sowie das professionelle Setting bei der Entscheidung über einen Kaiserschnitt auf Wunsch eine wichtige Rolle spielen (McCourt et al., 2007, S. 78). Aktuell regen deutsche Experten an, spezielle evidenz-basierte Konzepte für die Versorgung von Frauen mit Kaiserschnittwunsch zu entwickeln (Baumgärtner & Schach, 2010, S. 119).

Es existieren derzeit in Deutschland keine Leitlinien zu Zeitpunkt, Ablauf und Inhalt der Beratung sowie zur Qualifikation der Berater. Wie eine Schwangere mit Kaiserschnittwunsch beraten wird, hängt also von individuellen und regionalen bzw. strukturell-organisatorischen Gegebenheiten ab und geschieht mutmaßlich uneinheitlich. Gespräche über Fragen zur Geburt sind zwar Gegenstand der Schwangerenbetreuung durch den niedergelassenen Gynäkologen (Vetter & Goeckenjan 2005, S. 643), jedoch wird in der Geburtsklinik der endgültige Entschluss über die Art der Geburt gefällt und es findet demnach dort die ausschlaggebende Beratung statt.

Aus entscheidungstheoretischer Sicht wird unter einer Entscheidung grundsätzlich die bewusste Beurteilung von mindestens zwei Optionen und die Präferenz einer bestimmten Option verstanden (Jungermann et al., 2010, S. 7). Als Voraussetzung gilt, dass mögliche Konsequenzen hinsichtlich ihres Nutzen beurteilt werden können (ebenda, S. 48). Darüber hinaus besteht Uneinigkeit, wie eine Entscheidung sinnvollerweise abzulaufen hat. Ein Entscheidungsprozess wird von Jungermann et al., (2010, S. 293) als gut angesehen, „[...] wenn möglichst viel Information gesucht und berücksichtigt worden ist“. Umgekehrt stellen Gigerenzer und Gaismaier (2011, S. 469) fest, dass „angepasste“, also brauchbare Entscheidungen oftmals unter Berücksichtigung nur einiger weniger besonders hilfreicher Informationen getroffen werden können.

Eine Schwangere, bei der ein Kaiserschnittwunsch besteht, kann grundsätzlich nur auf der Basis vollständiger und vor allem richtig verstandener Informationen selbstbestimmt entscheiden, ob sie bei dieser Wahl bleibt oder ihre Meinung ändert. Demzufolge hat die Qualität der Beratung in diesem Feld eine wesentliche Bedeutung. Die endgültige Entscheidung hängt zweifelsohne von der Art der gegebenen Informationen bzw. der Gesprächsführung ab (Laux et al., 2012, S. 17).

Die Entscheidung einer Frau bezüglich der Geburtsart, die sie favorisiert, bildet sich als Resultat von Prozessen der individuellen Wahrnehmungs-, Deutungs- und Urteilsbildung heraus, ist komplex und kann sich im Laufe der Schwangerschaft ändern (Karlström et al., 2011, S. 626; Kingdon et al., 2009, S. 894). Hierbei sind auch sozio-kulturelle Einflüsse maßgeblich, wie zum Beispiel Darstellung des Themas Geburt in Familie, Freundeskreis, Medien und Gesellschaft (Tschudin et al., 2009, S. 253; Munro et al., 2009, S. 375). Einen wichtigen Einfluss üben auch die Einstellung der betreuenden Ärzte und Hebammen sowie Art, Umfang und Qualität der Beratung aus (Halvorsen, 2010, S. 48; Ramvi & Tangerud, 2011, S. 273; Tschudin et al., 2009, S. 251). Kingdon folgend möchten Schwangere zwar prinzipiell eigene Entscheidungen treffen, sehen den Begriff der Wahlfreiheit in Zusammenhang mit der Art der Entbindung jedoch als problematisch an. Für Schwangere sind gesundheitliche Belange hinsichtlich der Frage der Geburt vorrangig. Sie betrachten das Fachpersonal als Experten, denen sie sich anvertrauen, und sie erwarten, dass diese zu ihrem Besten handeln (Kingdon et al., 2009, S. 893-894).

Karlström (2011) stellt fest, dass jede fünfte Frau mit Kaiserschnittwunsch anhaltende ambivalente Gefühle hat und sich nur schwer für eine Geburtsart entscheiden kann. Die Frauen geben an, nicht genug über die Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts zu wissen. Sie äußern erhebliches Vertrauen in die geburtshilflichen Betreuungspersonen und geben großen Gesprächsbedarf über die Art der Entbindung an (S. 626). Dabei spielen die bessere Planbarkeit eines Kaiserschnitts sowie Terminwünsche keine große Rolle (Packenham et al., 2006).

Einzelne Studien aus Norwegen und Finnland zeigen, dass 86% (Nerum et al., 2006) bzw. 82,4% (Saisto et al., 2006) der Schwangeren nach spezieller Beratung zum Kaiserschnittwunsch in der Geburtsklinik ihre Meinung ändern und dann eine natürliche Geburt anstreben. Dies offenbart ein hohes präventives Potenzial derartiger Beratung. In einer Berliner Klinik legen etwa 50% der Schwangeren nach der dort obligatorisch durchgeführten Beratung ihren Kaiserschnittwunsch ab (DRK Klinikum Berlin Westend, 2011). Angaben aus anderen deutschen Kliniken liegen nicht vor.

Demzufolge ist es aktuell ein aussichtsreiches Forschungsziel, zu untersuchen, wie Schwangere den Verlauf der Abkehr ihres ursprünglichen Kaiserschnittwunsches erleben und welche Aspekte der Beratung sie als wesentlich ansehen. Dies könnte die Grundlage eines gesundheitsfördernden Beratungskonzeptes in deutschen Geburtskliniken darstellen.

Es gibt bereits Studien, in denen Frauen während ihrer ersten Schwangerschaft zu ihrem Kaiserschnittwunsch befragt wurden

(Sahlin et al., 2011) oder in welchen sie im Nachhinein über diesen Wunsch Auskunft gaben (Fenwick et al., 2008; Munro et al., 2009).

Diese Arbeit soll den Fokus des Forschungsinteresses dagegen auf dem Prozess der Veränderung des ursprünglichen Geburtswunsches legen und somit die Perspektive der deskriptiven Entscheidungstheorie einnehmen. Dies wurde bisher noch nicht untersucht.

Diese Arbeit knüpft im weitesten Sinne an Studien an, die Strategien zum Gegenstand haben, wie die aktuell hohen Kaiserschnitt-raten generell gesenkt werden könnten (Chaillet & Dumont 2007, S. 55; Khunpradit et al., 2011, S. 8 ff.; Van Dillen et al., 2008, S. 152-153).

Ziel

Diese Arbeit hat zum Ziel, die Ansichten und Erfahrungen von Frauen zu beleuchten, die in ihrer ersten Schwangerschaft aufgrund des Kaiserschnittwunsches eine spezielle Beratung erhalten, den ursprünglichen Kaiserschnittwunsch daraufhin abgelegt, sich auf eine normale Geburt eingestellt und diese auch erlebt haben. Es stellt sich die Frage: Wodurch wird der Prozess der Entscheidungsänderung angestoßen und wie verläuft er? Welche Aspekte sind für die Um-Entscheidung ausschlaggebend?

Methodik

Zur Untersuchung dieser Fragen wurde ein Forschungsansatz gewählt, der auf die Erfassung der Perspektive der betroffenen Frauen abzielt. Mit Hilfe der rekonstruktiven Sozialforschung ist es möglich, implizite Wissensbestände sichtbar zu machen (Bohnsack et al., 2003, S. 140). Sie sind jedoch nicht direkt erfragbar, sondern erfordern ein qualitativ-empirisches Untersuchungsdesign, welches durch Offenheit und Flexibilität gekennzeichnet ist und welches die Frauen in die Lage versetzt, in ihren eigenen Worten und ihrer individuellen Orientierung folgend die Zusammenhänge des eigenen Handelns darzulegen (Bohnsack, 2003, S. 141). Das narrative Interview ist in besonderer Weise geeignet, frühere Handlungs- und Entscheidungsabläufe nachzuvollziehen (Lamnek, 2010, S. 329). Nur in der Erzählung wird das implizite Wissen einer Person sichtbar, welches nach Bohnsack handlungsleitend ist¹.

Setting

Die Studie wurde durch Kontaktaufnahme zum DRK Klinikum Westend / Berlin realisiert. Dort werden nach psychosomatischem Konzept alle Schwangere mit Kaiserschnittwunsch routinemäßig und ausführlich durch eine Psychologin beraten. Das Konzept sieht vor, dass jede Schwangere, die bei der telefonischen Terminvergabe zur Geburtsanmeldung einen Kaiserschnittwunsch äußert, einen kurz-

¹ Der empirischen Untersuchung ging eine explorative Literaturrecherche zwischen Oktober und Dezember 2012 in den Datenbanken Cinahl, Pubmed, Medpilot, OvidSP, PsychArticles, PsycInfo und in Fachzeitschriften für Hebammen voraus, in welchen unter den Schlagworten *elective cesarean section, cesarean section on demand, caesarean section on maternal request, counsel*, decision-making* der Forschungsstand ermittelt wurde.

fristigen Termin für ein einstündiges Gespräch sowie zur Vorbereitung dazu eine schriftliche Entscheidungshilfe per Post oder Email erhält. Der Termin zur Beratung richtet sich danach, wann die Schwangere sich anmeldet; im Konzept ist kein bestimmter Zeitpunkt innerhalb der Schwangerschaft vorgesehen. Die Schwangere wird dazu angehalten, die Entscheidung über den gewünschten Geburtsmodus erst nach einer Bedenkzeit von einigen Wochen nach dem Gespräch der Psychologin mitzuteilen.

Sample

Die Studienteilnehmerinnen stammten aus einem Kollektiv von 33 Frauen, die in ihrer ersten Schwangerschaft ein Beratungsgespräch zum Kaiserschnittwunsch zwischen März 2010 und Oktober 2012 wahrgenommen hatten. Von diesen hatten 17 Frauen letztlich per primärem und sechs per sekundärem Kaiserschnitt geboren. Eine Identifikation des ursprünglich von diesen sechs Schwangeren geplanten Geburtsmodus war anhand der vorhandenen Daten nicht möglich. Deshalb wurde entschieden, sie nicht in die Studie einzuschließen. Zehn Frauen, die laut Klinikdokumentation normal oder vaginal-operativ geboren hatten, wurden angeschrieben, fünf Frauen erklärten sich zur Teilnahme bereit. Zum Zeitpunkt der Interviews lagen die Geburten zwischen 10 und 24 Monaten zurück. Die Teilnehmerinnen waren zwischen 32 und 40 Jahre alt und lebten alle in einer festen Partnerschaft. Drei Frauen hatten Abitur, zwei von diesen verfügten zusätzlich über einen Universitäts- bzw. Hochschulabschluss. Zwei Frauen hatten den mittleren Schulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Datenerhebung

Die Interviews wurden im Februar und März 2013 jeweils in der Wohnung der Interviewteilnehmerin geführt. Die Teilnehmerinnen wurden vor Beginn des Interviews über das Interesse der Forscherin an den individuellen Ansichten und persönlichen Erfahrungen, sowie über die Audioaufzeichnung, Aufbewahrung und Verarbeitung der Interviewdaten aufgeklärt und es wurde Anonymität zugesichert. Die Frauen gaben schriftlich ihre informierte Zustimmung.

Der Erzählimpuls wurde im Vorfeld der Interviews sorgfältig formuliert und bei allen Interviews identisch verwendet (Küsters, 2009). Er lautete: „Frau ..., erinnern Sie sich zurück an die Zeit, als Sie schwanger waren. Die bevorstehende Geburt war sicher eine Angelegenheit, die extrem wichtig für Sie war. Sie wollten eigentlich per Kaiserschnitt entbinden und haben sich dazu beraten lassen. Im Verlauf der Schwangerschaft haben Sie dann aber Ihre Meinung geändert und sich auf eine normale Geburt eingestellt. Erzählen Sie doch mal, wie kam es dazu...“

Es war beabsichtigt, bei den Gesprächspartnerinnen eine Rückschau der Gefühle und Gedanken zur Zeit der Schwangerschaft anzuregen. Im Laufe des Interviews wurden angesprochene Themen durch immanente Nachfragen (Küsters, 2009, S. 61) vertieft. Am Ende vervollständigten bei Bedarf exmanente Nachfragen noch

offene Aspekte (Küsters 2009, S. 63-64). Die Interviews dauerten zwischen 45 und 85 Minuten.

Datenauswertung

Nach Volltranskription des Audiomaterials wurden die Daten nach Bohnsack (2003) und Nohl (2009) ausgewertet. Im Arbeitsschritt der formulierenden Interpretation wurden diejenigen Themen identifiziert, die von allen Interviewteilnehmerinnen angesprochen wurden und die für die Fragestellung relevant waren, weil sie eine Vergleichbarkeit zu den anderen Interviews versprachen (Bohnsack, 2003, S. 135; Nohl, 2009, S. 46). Dabei wurde der Textsortendifferenzierung folgend die Erzählungen und Beschreibungen identifiziert, da sich vor allem dort die unmittelbar erlebten Handlungs- und Geschehensabläufe ausdrücken (Nohl, 2009, S. 46 ff.). Im anschließenden Arbeitsschritt der reflektierenden Interpretation wurden die Interviews unter formalen und semantischen Gesichtspunkten weiter erschlossen. In der ausführlichen, nachvollziehbaren Beschreibung des Einzelfalles in den Fallbeschreibungen zeigte sich der Orientierungsrahmen jeder Interviewpartnerin (Bohnsack 2003, S. 139-140). In der anschließenden komparativen Analyse wurden durch den Fallvergleich generalisierende Aussagen möglich (Bohnsack, 2003, S. 137; Nohl, 2009, S. 12; 54-55). Die Auswertungsergebnisse und insbesondere der Fallvergleich sowie die daraus resultierende Typenbildung der Entscheidungswege wurden von den Autorinnen im Sinne einer kommunikativen Validierung intensiv diskutiert.

Ergebnisse

Als Ursache für den Kaiserschnittwunsch werden von den Teilnehmerinnen dieser Studie Versagensangst, Angst um das Wohl des Kindes, vor Kontrollverlust und Angst vor Schmerzen angegeben. Grundsätzlich benennen sie die Gelegenheit zu schriftlicher Information im Vorfeld und während des Gesprächs die Vermittlung von Offenheit und Akzeptanz durch die Beraterin und die ausreichend bemessene Zeit als positiven Rahmen für die Beratung.

Die Abkehr vom Wunsch nach einem Kaiserschnitt erfolgt auf zwei unterschiedlichen Wegen die in den folgenden Abschnitten als Falldarstellungen präsentiert werden: zwei Frauen präferieren die normale Geburt gegenüber dem Kaiserschnitt infolge einer veränderten inneren Einstellung. Diese Entscheidungsvariante wurde unter der Überschrift „subjektive Distanzierung“ zusammengefasst. Bei den anderen drei Frauen führen konkrete Zusicherungen oder Empfehlungen besonders vertrauenswürdiger Experten dazu, dass sie sich, trotz grundsätzlich weiter bestehender Bedenken, auf eine normale Geburt einlassen können. Für diesen Entscheidungsweg wurde die Bezeichnung „motivierte Distanzierung“ gewählt (siehe Tab. 1).

Subjektive Distanzierung: Resultat einer Einstellungsänderung

Nach der Beratung wird eine normale Geburt aufgrund einer veränderten Einstellung gegenüber dem Kaiserschnitt präferiert. Dies kann auf zwei unterschiedlichen Wegen erfolgen.

1. Rationale Pro- und Kontra-Abwägung (Frau B):

Frau B ist eine gebildete Frau, planvoll und kontrolliert. Eine autonome Entscheidungsfähigkeit zu besitzen, ist für sie ein wichtiger Teil ihres Selbstbildes. In der Beratung wird ihr dies uneingeschränkt zugestanden. Anschließend trifft sie auf der Basis von ihr bisher unbekanntem, aktuellen, wissenschaftlich fundierten und neutral präsentierten Informationen eine selbstständige, verantwortungsvolle Entscheidung. Dabei wägt sie Kosten und Nutzen beider Geburtsmodi ab und kalkuliert rational mögliche Auswirkungen. Zum Beispiel wägt sie die unvermuteten Vorteile fürs Kind ab:

„[...] was es mit dem Kind macht. wenn man (3) per Kaiserschnitt entbindet. Dass es für das Kind (3) nicht unbedingt der Königsweg ist. (3) und das war'n Aspekt den ich bis dato noch gar nicht auf der Rechnung hatte“ (B. 91 – 93).

Frau B entscheidet sich für eine normale Geburt auf dem Wege des rationalen Abwägens von Vor- und Nachteilen beider Geburtsarten für sich und ihr Kind.

2. Plötzliche Kehrtwendung im Sinne einer „kognitiven Umstrukturierung“² (Frau D):

Für Frau D ist vom Jugendalter an der Gedanke an eine natürliche Geburt unvorstellbar, nicht vereinbar mit ihren Ansichten über die eigene Person. Sie erhält in der Beratung neben neuartigen Informationen, die ihr Wissen erweitern, auch die Gelegenheit, sich selbst genauer kennen zu lernen. Sie reflektiert, dass der Wunsch nach Kontrolle für ihren Kaiserschnittwunsch verantwortlich ist.

„[...] also sie sagte es nicht aber wir sind da irgendwie zusammen drauf gekommen, dass ich ein sehr, ein Kontrollmensch bin (2) also jemand der alles unter Kontrolle haben muss, was auch tatsächlich stimmt“ (D. 49-51).

Durch diese Erkenntnis gehen ihre Überlegungen in neue Richtungen:

„[...] das hat mich irgendwie total überzeugt, und da habe ich vielleicht auch'n bisschen gedacht, da muss ich halt mal loslassen. vielleicht ist das auch mal wichtig für mich“ (D. 100 – 102).

Die Schilderung der Gefühle von Stärke und Stolz nach einer bewältigten Geburt durch eine Freundin ordnet sie anders ein und denkt nun: „[...] das würde ich auch ganz gerne mal erleben“ (D. 170 f.). Die Entscheidung für eine natürliche Geburt erfolgt bei Frau D als plötzliche Kehrtwendung im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung.

„[...] und ich weiß auch nicht, es war plötzlich wie, völlig klar dass ich auf natürliche Geburt gehe. es war genauso extrem wie das vorher war [...] hat es gewechselt“ (D. 21 f.).

Motivierte Distanzierung: Resultat von Zusicherungen oder Empfehlungen

Die Zusicherung bestimmter Bedingungen während der stationären Entbindung oder eine verbale Bekräftigung führen dazu, dass die

Schwangere sich anschließend auf eine normale Geburt einlässt, ohne dass sich ihre Einstellung z.B. zu möglichen Schmerzen geändert hätte.

Tabelle 1: Wege der Überwindung des Kaiserschnittwunsches

| Subjektive Distanzierung: Resultat einer Einstellungs- änderung | Motivierte Distanzierung: Resultat von Zusicherungen oder Empfehlungen |
|---|---|
| Rationale Pro- und Kontra- Abwägung (Frau B) | Zusicherung von Hilfe und Unter- stützung (Frau C) |
| Plötzliche Kehrtwendung im Sinne einer „kognitiven Umstruk- turierung“ (Frau D) | Zusicherung effektiver Schmerzerleichterung (Frau A) |
| | Ausdrückliche Empfehlung eines vertrauenswürdigen Experten (Frau E) |

1. Zusicherung von Hilfe und Unterstützung (Frau C):

Für Frau C ist eine vaginale Geburt grundsätzlich unvorstellbar und in der Schwangerschaft verweigert sie über lange Zeit jeden Gedanken daran, über eine Alternative zu einem Wunschkaiserschnitt nachzudenken. Sie steht der Beratung ablehnend gegenüber, weil sie nicht „bekehrt“ werden möchte. In der Beratung erfährt sie Rücksicht und Anerkennung. Sie spürt, dass man ihr helfen möchte, den richtigen Weg für sich zu finden. Im Gespräch erlebt sie, dass ihre Ängste akzeptiert werden und die Psychologin und auch der Chefarzt, mit dem sie auf eigenen Wunsch zusätzlich spricht (C. 158 f.), ihr Unterstützung anbieten (C. 85-89; 205-208). Das erleichtert sie, denn „man hätte ja auch sagen können, friss oder stirb(.) bei uns macht man das nicht“ (C. 209 f.).

Der offene Umgang mit ihren Ängsten ermöglicht ein Gefühl der Sicherheit und des Aufgehoben-Seins (C. 97-102). Davon ausgehend kann sich Frau C auf den eigenen Weg durch die Geburt einlassen.

„[...] irgendwie war das für mich ganz wichtig, dass mir alle gesagt haben also wenn [...] in der Geburtssituation was schief laufen sollte oder wenn sie da total am Rad drehen dann [...] können wir jederzeit [...] das Kind per Kaiserschnitt entbinden“ (C. 215-218).

Sie fasst Vertrauen, sich der unbekanntem Herausforderung zu stellen und entwickelt eine offene Haltung: „[...] und mich dann wirklich auch zum Ende hin ganz bewusst dafür entschieden, ich probier' das jetzt ganz normal und wenn's nicht gehen sollte, dann geht's halt nicht“ (C. 119 f.).

Sie ist bereit dazu, sich in die Hände des Fachpersonals zu begeben, zu dem sie Vertrauen aufgebaut hat. Sie vertraut darauf, das Personal werde ihr bei der Geburt „[...] schon richtig da durch hel-

² Der Begriff kognitive Umstrukturierung stammt aus der Verhaltenstherapie und bezeichnet die Korrektur eines dysfunktionalen Denkmusters (Mühlig & Poldrack, 2011, S. 549).

fen“ (C. 119-122). Die Entscheidung für eine natürliche Geburt erfolgt bei Frau C. aus der Zuversicht, die Geburt durch die Akzeptanz ihrer Person und der individuellen Unterstützung durch das Personal bewältigen zu können.

2. Zusicherung effektiver Schmerzerleichterung (Frau A):

Frau A hat im Rahmen ihrer Berufstätigkeit erlebt, dass Kaiserschnitte auch ohne eindeutige medizinische Indikation durchgeführt werden. Daneben stellen Prominente, die per Kaiserschnitt entbinden, für sie ein Vorbild dar und prägen ihre Vorstellung einer zeitgemäßen Geburt. In ihren Augen ist eine Kaiserschnittentbindung fortschrittlicher, weil „*schöner besser schneller toller*“ (A. 292), und sie beansprucht dieses Recht auch für sich. Sie unterstreicht:

„[...] *die Gesellschaft is selber schuld, wenn se des anbietet, wenn des durch die Medien prominent gemacht wird, brauch man sich dann nich wundern, wenn Ottonormalfrau das dann ooch haben möchte*“ (A. 280 f.).

Bei Frau A liegt der Kaiserschnittwunsch in der Angst vor den Wehenschmerzen begründet (A. 20; 355). Im Gespräch liegt der Fokus auf Möglichkeiten der Schmerzkontrolle: „[...] *also sie hat mich dann ich will nicht sagen bearbeitet, hat mir versprochen, dass ich jederzeit 'ne PDA krieg*“ (A. 19 f.). Dadurch wurde ihre Hauptangst genommen (A. 10; 41 f.; 208 f.)

Frau A entscheidet sich für eine natürliche Geburt, weil ihr eine effektive Schmerzerleichterung zugesichert wird und sie dadurch die Zuversicht entwickelte, der Herausforderung einer normalen Geburt gewachsen zu sein.

3. Ausdrückliche Empfehlung eines vertrauenswürdigen Experten (Frau E):

Das Denken und Fühlen von Frau E ist nachhaltig durch ihre Vorgeschichte des unerfüllten Kinderwunsches geprägt. Sie hat über einen langen Zeitraum schmerzliche Diagnosestellungen und unwirksame Therapieversuche erlebt. Sie wird durch ihre Ängste sehr beherrscht und ist in hohem Maße ambivalent. In der Folge lässt sie sich zusätzlich vom Chefarzt der Frauenklinik beraten, da sie ihn schon lange kennt und zu ihm bereits ein gewachsenes Vertrauensverhältnis besteht (E. 187-193; 542-547).

„[...] *weil irgendwie hat er mich die ganze Zeit auch begleitet bei der Entscheidung [...] also er war für mich fast wie so'n ich will nicht sagen Vater, aber (3) ja, er hat mir ganz viel Kraft gegeben, ne und irgendwie hab ich ihm total vertraut und ähm, ich hatte auch das Gefühl er will mir unbedingt helfen*“ (E. 155-160).

Sein Anraten, auf normale Art zu entbinden, hat einen großen Wert für sie: „[...] *als Prof. K. meinte nein, (3) brauchte ich gar nicht mehr darüber nachdenken*“ (E. 568). Sie akzeptiert und befolgt die Empfehlung des Experten aus der Gewissheit heraus, dass dieser den besten Weg für seine Patientin bestimmen würde. Dies stellt für Frau E die Basis dar, sich für eine normale Geburt zu entscheiden.

Diskussion

Während das Erleben ambivalenter Gefühle bei bestehendem Kaiserschnittwunsch (Karlström et al., 2011) und die Geburtserfahrung bei Wunschkaiserschnitt (Fenwick et al., 2010) bereits beleuchtet wurden, beschreibt diese Studie den Verlauf und das Erleben der Entscheidungsänderung hin zur normalen Geburt. Darüber ist bisher nichts bekannt.

Die Befunde dieser Studie zu den Ursachen des Kaiserschnittwunsches sind deckungsgleich mit Befunden aus anderen Studien (Fenwick et al., 2010; Fuglenes et al., 2011; Rouhe, 2008). Es werden unterschiedliche Ängste und Sorgen benannt. Bei zwei Frauen bestehen die Ängste bereits lange vor der Schwangerschaft, ein ebenfalls bekanntes Phänomen (Munro, 2009; Sahlin, 2012). Es ist ein eindrucksvolles Detail, dass zwei Frauen dieser Studie gezeigt haben, dass selbst bei lange bestehenden Ängsten eine Abkehr vom Kaiserschnittwunsch gelingen kann. Die von den Teilnehmerinnen wertgeschätzte Möglichkeit, sich in schriftlicher Form über das Thema zu informieren, unterstützt existierende Empfehlungen (NICE, 2011). Auch ist bereits bekannt, dass eine bewältigungsorientierte und unterstützende Gesprächsführung, in der die Kompetenz der Frau betont wird, eine Entscheidungsänderung begünstigt (Halvorsen, 2010). So ist die von den Teilnehmerinnen dieser Studie hervorgehobene Offenheit und Akzeptanz nachvollziehbar und auch die Betonung der ausreichend bemessenen Zeit ist wenig überraschend.

Das wesentliche neue Ergebnis stellen die zwei unterschiedlichen Entscheidungswege der Überwindung des Kaiserschnittwunsches dar, eine Charakteristik, die im übergreifenden Fallvergleich identifiziert wurden. Einerseits kann sich durch die Beratung die Einstellung der Schwangeren grundsätzlich ändern, so dass die normale Geburt gegenüber dem Kaiserschnitt präferiert wird (subjektive Distanzierung). Dies geschieht zum einen in Form einer rationalen Pro- und Kontra-Abwägung, die durch aktuelle, evidenzbasierte Informationen zu beiden Geburtsarten angeregt wird, und zum anderen in der Art einer inneren Kehrtwendung, die sich durch Korrektur der eigenen Einstellung im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung ereignet.

Andererseits kann der Entschluss zu einer normalen Geburt auch ein Resultat äußerer Zusicherungen oder Empfehlungen sein, der in der Schwangeren den Glauben stärkt, eine normale Geburt trotz der Bedenken bewältigen zu können (motivierte Distanzierung). Es kann für drei Aspekte eine derartige Wirkung festgestellt werden: Die Zusicherung persönlicher Hilfe und Unterstützung, effektiver Schmerzerleichterung und die ausdrückliche Empfehlung eines vertrauenswürdigen Experten haben das Potenzial, die Um Entscheidung anzustoßen.

Der methodische Ansatz hat sich als gut geeignet erwiesen, die Forschungsfragen umfassend zu beantworten. Die Untersuchung

impliziter Wissensbestände führte zur Identifizierung unterschiedlicher Entscheidungsmodi. Dies ist umso bedeutsamer, da alle Frauen im gleichen Setting nach dem gleichen Konzept beraten wurden.

Das tendenziell höhere Alter aller und der hohe Bildungsstand von drei der interviewten Frauen sind als Limitation zu bewerten. Ob bei sehr viel jüngeren Frauen oder bei Gruppen, die hier nicht berücksichtigt wurden (z.B. Migrantinnen), die gefundenen Entscheidungswege nachvollziehbar sind, wäre zu klären. Anhand des zahlenmäßig kleinen Samples können auch keine Aussagen zur quantitativen Verteilung der gefundenen Entscheidungswege getroffen werden.

Schlussfolgerung

Diese Studie hat die Abkehr vom Kaiserschnittwunsch bei Schwangeren, die das erste Kind erwarten, beleuchtet. Es wurde gezeigt, dass die Um-Entscheidung vom Kaiserschnittwunsch zur Planung einer normalen Geburt auf unterschiedlichen Wegen erfolgen kann, dass aber bestimmte Bedingungen der Beratung von den Schwangeren grundsätzlich als positiv bewertet werden. Anknüpfend an diese Ergebnisse kann folgendes Fazit gezogen werden:

- ◆ Für Beratungsgespräche wegen Kaiserschnittwunsch muss ein ausreichender Zeitrahmen zur Verfügung stehen.
- ◆ Die Haltung der Beraterin sollte grundsätzlich durch Offenheit und Akzeptanz geprägt sein.
- ◆ Neue, evidenzbasierte Informationen bezüglich beider Geburtsarten, sowie über den Wert der normalen Geburt und der ihr innewohnenden Gelegenheit zu persönlicher Reifung können dazu führen, dass sich die Einstellung der Schwangeren ändert. Eine Um-Entscheidung ist selbst bei über Jahren vorhandenen Ängsten möglich.
- ◆ Ein Gespräch über die Gestaltung der stationären Entbindung kann bei Schwangeren die Zuversicht zur Bewältigung einer normalen Geburt stärken. Dabei verweist die Bedeutung des Versprechens, während der Geburt persönliche Hilfe und Unter-

stützung zu bekommen, auf die Herausforderung, die Betreuungsbedingungen während der Geburt tatsächlich zu verbessern. Hier besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zur Forderung nach Realisierung einer flächendeckenden frauenfreundlichen, 1:1-Betreuung im Kreißaal mit angemessenem Personalschlüssel, wie sie z.B. Berufsverbände formulieren.

- ◆ Für manche Frauen können konkrete Zusagen das Bedürfnis nach Handlungsfähigkeit und Kontrolle befriedigen. Dies kann die Zusicherung sein, bei Erreichen der persönlichen Belastungsgrenze während der Geburt einen sekundären Kaiserschnitt durchzuführen.
- ◆ Des Weiteren ist die Aussicht, sich auf eine optimale Schmerzkontrolle verlassen zu können, ein zentraler Aspekt für Schwangere mit Angst vor Schmerzen.
- ◆ Wenn die beratende Person aus Sicht der Schwangeren besonders vertrauenswürdig ist, kann deren ausdrückliche Empfehlung einer normalen Geburt eine ausschlaggebende Wirkung haben.

Da im Vorfeld der einzelnen Beratung nicht abzusehen ist, welcher Entscheidungsweg für die betreffende Frau relevant ist, empfiehlt es sich, die verschiedenen Elemente in jede Beratung einzubringen. Entsprechend der durchaus unterschiedlichen Sichtweisen in der Entscheidungstheorie können die beratenden Hebammen, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen durch die Unterstützung verschiedener möglicher Entscheidungswege eine Verbesserung ihres Beratungskonzeptes realisieren.

Eine Reihe von Fragen konnte in dieser Studie nicht aufgegriffen werden, z. B. die nach dem günstigsten Zeitpunkt für eine Beratung oder nach dem Einfluss des Partners auf die Entscheidung der Schwangeren. Um das Ziel einer Reduzierung nicht medizinisch indizierter Kaiserschnitte durch Forschung weiter zu verfolgen, empfiehlt es sich daher, weitere Beratungskonzepte und andere Möglichkeiten der Prävention in den Blick zu nehmen und vergleichend zu untersuchen.

Interessenkonflikt : Die Autorinnen erklären, dass keinerlei Interessenkonflikte bestehen.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 04.07.2014, Angenommen am: 23.11.2014

Kontakt: striebich@eh-berlin.de (ab 1.1.2015)

Literatur

- Baumgärtner, B., & Schach, C. (2010). Wunschkaiserschnitt – ein Tabubruch? In P. Kolip & J. Lademann (Hrsg.), *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz* (S. 108-123). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Bockenheimer-Lucius, G. (2002). Zwischen „natürlicher Geburt“ und „Wunschsectio“ – Zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe. *Ethik in der Medizin*, 14, 186-200.
- Bohnsack, R. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden* (5. Auflage). Opladen: Leske und Budrich.

- Cardwell, C. R., Stene, L. C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre M., Parslow P., Pozzilli, P., Brigis, G., Stoyanov, D., Urbonaitė, B., Sipetic, S., Schober, E., Ionescu-Tirgoviste, C., Devoti, G., de Beaufort, C. E., Buschard, K. & Patterson, C. C. (2008). Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologica*, 51, 726-735.
- Chaillet, N. & Dumont, A. (2007). Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. *Birth*, 34(1), 53-64.
- Cho, C. E. & Norman, M. (2013). Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008(4), 249-254.
- Destatis (2014). Krankenhausentbindungen in Deutschland 1991 bis 2012. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KhKaiserschnittJahre.html (Stand: 07.01.2014).
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) & Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht (AG MedR) (2010). Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-054_S1_Absolute_und_relative_Indikationen_zur_Sectio_caesarea_und_so_genannte_Sectio_auf_Wunsch_07-2008_07-2013.pdf (Stand: 16.11.2012).
- DRK Klinikum Berlin Westend (Hrsg.) (2011). Psychologische Beratung bei Wunsch nach geplantem Kaiserschnitt: Medizinisches Outcome und Sicht unserer Patientinnen. Poster, 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V., Hamburg.
- D'Souza, R. & Arulkumaran, S. (2013). To 'C' or not to 'C'? *Journal of Perinatal Medicine*, 41, 5-15.
- Dudenhausen, J. W. (2008). Indikationen zur abdominalen Schnittentbindung. In Stark, M., *Der Kaiserschnitt* (S. 80-108). München: Elsevier
- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26, 394-400.
- Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Øian, P., & Scønbø, K. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205 (45), e1-9.
- Gallagher, F., Bell, L., Waddell, G., Benoît, A., & Côté, N. (2012). Requesting Cesareans without Medical Indications: An Option Being Considered by Young Canadian Women. *Birth*, 39(1), 39-47.
- Gigerenzer, G. & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic decision making. *Annual review of psychology*, 62, 451-82.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Sørli, T. & Øian, P. (2010). Does counsellor's attitude influence change a request for a caesarean in women with fear of birth? *Midwifery*, 26, 45-52.
- Hellmers, C., & Schücking, B. (2005). Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Die Hebamme*, 18, 79-82.
- Hyde, M., Mostyn, A., Modi, N., & Kemp, P.R. (2012). The Health Implications of Birth by Cesarean section. *Biological Reviews*, 87, 229-243.
- Jungermann, H., Pfister, H.R., & Fischer, K. (2010). *Die Psychologie der Entscheidung. Eine Einführung* (3. Auflage). Heidelberg: Spektrum Akademischer.
- Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M. & Hildingsson, I. (2011). Behind the myth – few women prefer cesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, 27, 620-627.
- Kingdon, C., Neilson, J., Singleton, V., Gyte, G., Hart, A., Gabbay, M., & Lavender, T. (2009). Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 116, 886-895.
- Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J., & Gruen, R. L. (2011). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- Küstners, I. (2009). *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendung*. 2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Laux, H., Gillenkirch, R. M. & Schenk-Mathes, H. Y. (2012). *Entscheidungstheorie* (8. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mass, N., & Weigel, M. T. (2009). Sectio caesarea. In A. Stauss, W. Janni & N. Mass, *Lehrbuch Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 358-363). Heidelberg: Springer Medizin.
- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2007). Elective Cesarean Section and Decision Making: A Critical Review of the Literature. *Birth*, 34(1) 65-79.
- Miesnik, S., & Reale, B. (2007). A Review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36, 605-615.
- Mühlig, S. & Poldrack, A. (2011). *Kognitive Therapieverfahren. Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 543-564). Heidelberg, Berlin: Springer.
- Munro, S., Kornelsen, J., & Hutton, E. (2009). Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: The influence of birth stories. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54, 373-379.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Øian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-orientated counseling? *Birth*, 33(3), 221-228.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (2011). Cesarean section. *NICE clinical guideline 132*. www.guidance.nice.org.uk/cg132 (Stand: 13.4.2013).
- Nohl, A. M. (2009). *Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis* (3. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pakenham, S., Chamberlain, S. M. & Smith, G. N. (2006). Women's views on elective primary caesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 1089-1093.
- Ramvi, E. & Tangerud, M. (2011). Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a cesarean section due to fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing and Health Sciences*, 13, 269-274.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2008). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 67-73.

- Sahlin, M., Carlander-Klingt, A. K., Hildingsson, I. & Wiklund, I. (2012). First-time mother's wish for a planned caesarean section – Deeply rooted emotions. *Midwifery*, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.009> (Stand: 16.1.2013).
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 1315-1319.
- Schäfers, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt*. Stuttgart: Schattauer.
- Silver, R. M. (2012). Implications of the first cesarean: Perinatal and future reproductive health and subsequent cesareans, placentation issues, uterine rupture risk, morbidity, and mortality. *Seminars in Perinatology*, 36, 315-23.
- Thavagnanam, S., Fleming, J., Bromley, A., Shields, M. D., & Cardwell, C. R. (2008). A meta-analysis of the association between caesarean section and childhood asthma. *Clinical and Experimental Allergy*, 38(4), 629-633.
- Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Aebi Popp, K., Zanetti, R., Hösli, I., Holzgreve, W., & Geissbühler, V. (2009). Pregnant women's perception of cesarean section on demand. *Journal of Perinatal Medicine*, 37, 251-256.
- Utz-Billing, I., & Kentenich, H. (2012). Stationäre integrierte Psychosomatische Versorgung in der Frauenheilkunde. In K. Weidner, M. Rauchfuß, M. Neises (Hrsg.), *Leitfaden psychosomatische Frauenheilkunde* (pS. 109 – 119). Köln: Deutscher Ärzte.
- Vetter, K., Goeckenjan, M. (2005). Ärztliche Beratung zur Geburt. *Der Gynäkologe*, 38, 639-646.
- Van Dillen, J., Lim, F., & Van Rijssel, E. (2008). Introducing caesarean section audit in a regional teaching hospital in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 139, 151-156.
- Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request – Guidelines for counseling and treatment. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3, 99-106.

Teilnahme im Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

Das Team der Editorinnen lädt Kolleginnen und Kollegen ein, sich als Reviewerin oder Reviewer für die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft ehrenamtlich zu engagieren!

Voraussetzungen für eine Review-Tätigkeit sind:

1. Promotion in Hebammenwissenschaft oder einer angrenzende Fachrichtung
und
2. Erfahrung in Forschungstätigkeit oder
als wissenschaftliche Mitarbeiterin / wissenschaftlicher Mitarbeiter mit eigener Publikation in einer Fachzeitschrift mit
Peer-Review-Verfahren.

Das Reviewverfahren ist auf den Seiten 31-33 dieser Ausgabe beschrieben. Die neuen Reviewerinnen und Reviewer werden jeweils zeitnah den Leserinnen und Lesern der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft vorgestellt.

Im Rahmen eines Kurzporträt werden die grundlegende Berufsausbildung und das Thema der Promotionsarbeit der jeweiligen Person benannt. Von Interesse sind hebammenspezifische oder anderweitige Fachkenntnisse (z.B. Ethnologie, Psychologie) der Reviewerinnen und Reviewer. Außerdem wird im Portrait angegeben, ob eigene wissenschaftliche oder Forschungsarbeiten in einer Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren als (Co-) Autorin oder Autor publiziert wurden.

Schwerpunkte der Methodenkenntnisse, die im Kurzporträt ausgewiesen werden, können in quantitativer Forschung (Sekundäranalyse, Beobachtungsstudien, Interventionsstudien u. a.), der interpretativ-hermeneutischen Forschung (Grounded Theory, Dokumentarische Methode, Objektive Hermeneutik, Narrationsanalyse u. a. sowie Dokumenten- und Inhaltsanalyse) in der Fragebogenkonstruktion und Instrumentenvalidierung liegen.

Welche Kenntnisse und Einstellungen haben freiberuflich tätige Hebammen in Sachsen-Anhalt zum Netzwerk „Frühe Hilfen“?

Subjective views on the network of early prevention by free-lance midwives in Saxony-Anhalt

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern M.Sc., Dr. rer. medic. Steffen Fleischer

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle- Wittenberg, Halle/Saale, Deutschland

Abstract

Hintergrund: Frühe Hilfen unterstützen (werdende) Mütter und Väter, die in sehr belastenden Situationen leben. Im Jahr 2009 wurde in Sachsen-Anhalt ein Kinderschutzgesetz verabschiedet, das den Aufbau von „Lokalen Netzwerken Kinderschutz“ in Landkreisen und kreisfreien Städten fordert. In der Literatur finden sich jedoch Hinweise, dass die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsberufen und Fachkräften des Sozialwesens eine Herausforderung darstellt.

Ziel: Die Befragung sollte sowohl Kenntnisse und Einstellungen der in Sachsen-Anhalt freiberuflich tätigen Hebammen zu Frühen Hilfen und Kinderschutz sowie ihre aktive Mitarbeit in den interdisziplinären Netzwerken erfassen. Sie ist Teil einer größeren Studie, die darüber hinaus weitere Akteure aus dem Gesundheitswesen befragte.

Methodik: Mit einem Online-Fragebogen, welcher 12 Abschnitte mit Items zu Frühen Hilfen und zum Kinderschutz beinhaltete, wurden freiberuflich tätige Hebammen aus Sachsen-Anhalt befragt.

Ergebnisse: Die Sichtweisen von 42 Hebammen werden dargestellt. Sie waren mit dem Konzept der Frühen Hilfen vertraut, brachten aber einen Wissensmangel hinsichtlich der rechtlichen Grundlagen, Datenschutz, regionalen Unterstützungsangeboten von Akteuren der Frühen Hilfen und lokalen Koordinatoren zum Ausdruck. Sie bekräftigten diverse Maßnahmen zur Förderung ihrer Partizipation in den Netzwerken Früher Hilfen.

Schlussfolgerung: Empfehlungen richten sich auf die Bereitstellung von aktuellen Informationen sowie die Aus- und Fortbildung, Qualitätssicherung und zukünftige Forschung.

Schlüsselwörter: Frühe Hilfen; Hebamme, Lokale Netzwerke; Kinderschutz, intersektorale Kooperation

Hintergrund

In ihrer originären Hebammenarbeit (§ 4 HebG, 1985) suchen freiberuflich tätige Hebammen schwangere Frauen sowie Wöchnerinnen und deren Neugeborenen niedrigschwellig in ihrem Wohnbereich auf und beraten und betreuen sie auch während Schwan-

Background: “Early Prevention” means the support of families with, or expecting, an infant whose living situation is overstraining their capacity to cope. In 2009, the legislative assembly of Saxony-Anhalt passed a law which calls for the constitution of “local networks for child protection” in each of its cities and counties. There is some evidence, however, that intersectoral cooperation between professionals of the health care system and the social services is a rather big challenge.

Aim: The survey was intended to collect data on the knowledge and attitudes of free-lance midwives in Saxony-Anhalt regarding early prevention and child protection as well as their active participation in multi-professional and intersectoral networks of early prevention. This study is part of a larger one, which also included other professionals of the health care system.

Methods: By means of an online survey, free-lance midwives were asked to respond to 12 sections of items referring to early prevention and child protection, mostly offering a four-point Likert-scale.

Results: The subjective views of 42 midwives are presented. They were familiar with the concept of “early prevention”, but indicated a lack of knowledge pertaining to laws, data protection, regional support measures by institutions and professionals as well as local coordinators. They affirmed various measures to facilitate their active participation in the networks.

Conclusion: Recommendations regarding regular provision of information, ongoing education, quality assurance, and future research are derived from the data.

Keyterms: Early Prevention; midwife; local networks; child protection; intersectoral cooperation

gerschaft, Geburt und Wochenbett. Sie erhalten ihren Auftrag zur Leistungserbringung durch die Frau selbst und sind nach § 203 StGB und ihren Landesberufsverordnungen an die berufliche Schweigepflicht gebunden, die das Vertrauen zwischen Hebamme

und Klientin fördert und schützt. Die psychosoziale Begleitung stellt nach Aussage des Deutschen Hebammenverbandes (DHV, 2014) eine Kernaufgabe der originären Hebammenhilfe dar, die sie auch bei Familien und Lebensgemeinschaften wahrnehmen, die sich in schwierigen oder überfordernden Lebenssituationen befinden. Damit erfüllen Hebammen einen zentralen Anspruch von Frühen Hilfen.

Bundesweit werden seit 2012 im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen der Aufbau der regionalen Netzwerke Frühe Hilfen und der Einsatz von Familienhebammen gefördert (Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH], 2014a, 2014b; Verwaltungsvereinbarung, 2012). Rechtlich basiert die Initiative auf dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG, 2012).

Unter "Frühe Hilfen" sind freiwillige alltagspraktische sowie fachliche Unterstützungsangebote für psychosozial belastete Familien und Lebensgemeinschaften zu verstehen, die niedrigschwellige Zugänge ermöglichen. Sie haben das Wohl, verbesserte Entwicklungsmöglichkeiten und die soziale Teilhabe von Kindern ab der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr der Kinder zum Ziel. Frühe Hilfen stärken die Ressourcen, das Selbsthilfepotential sowie die elterliche Versorgungs- und Erziehungsfähigkeit von psychosozial belasteten Familien und Lebensgemeinschaften¹ (Wissenschaftlicher Beirat des NZFH, 2009).

Zu den Akteuren der regionalen Netzwerke Frühe Hilfen zählen qualifizierte Personen aus dem Gesundheitssystem und dem Sozialwesen, die Familien in Problemlagen Unterstützung in unterschiedlicher primär- und sekundärpräventiver Form anbieten. Neben Familienhebammen und Mitarbeiter/innen der Beratungsstellen, Mutter-Kind-Heime, Einrichtungen für Frühförderung, Sozialpädiatrischen Zentren und Gesundheitsämter kommen zunehmend auch Kliniken, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, Therapieberufe sowie freiberufliche Hebammen in den Fokus der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskussion, da sie "Gatekeeper", d.h. erste Ansprechpartner für Familien und Lebensgemeinschaften, sind.

Bei der Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken können – neben den Veröffentlichungen des NZFH – nur wenige empirische Arbeiten zu "Hebammen" und "Frühen Hilfen" gefunden werden. Die Erhebungen des NZFH zu Kooperationspartnern der Jugend- und Gesundheitsämter stellen fest, dass eine interdisziplinäre und transsektorale Zusammenarbeit der Unterstützungssysteme, d.h. eine in der Praxis gelebte Verzahnung der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen, bundesweit noch nicht umgesetzt ist (Sann, 2011; Sann & Küster, 2013). Eine bessere Integration von freiberuf-

lichen Hebammen als "niedrigschwellige Zugangswege für Familien" fordern auch Künster et al. (2010) aufgrund ihrer sozialen Netzwerkanalyse im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“. In einem anderen Modellprojekt "Familienhebammen in Sachsen-Anhalt" (FrühStart) decken die Erhebungen auf, dass freiberufliche oder angestellte Hebammen psychosozial belastete Familien und Lebensgemeinschaften am dritthäufigsten – neben Jugendamt und Beratungsstellen – an Familienhebammen verwiesen (Ayerle, 2012). Darüber hinaus fehlen weiterführende empirische Erkenntnisse zur Rolle von freiberuflich tätigen Hebammen im Netzwerk Frühe Hilfen.

In Sachsen-Anhalt wurde ein Kinderschutzgesetz (GVBl. LSA, 2009a) verabschiedet, das, unterstützt durch das im Ministerium für Arbeit und Soziales (MS) eingerichtete „Zentrum Frühe Hilfen für Familien“ (§ 5), den Aufbau der „Lokalen Netzwerke Kinderschutz“ (§ 3) in Landkreisen und kreisfreien Städten zum Ziel hat (MS, 2012). Dabei wurde unter anderen auch die Hebammen-Berufsverordnung erweitert, die alle Hebammen – also nicht nur Familienhebammen – dazu anhält, bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung² auf die Inanspruchnahme notwendiger Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen gegenüber den Eltern hinzuwirken, wobei sie insbesondere mit Einrichtungen und Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenarbeiten sollen (GVBl. LSA, 2009b).

Bei einer Befragung aller 14 Jugendämter des Landes Sachsen-Anhalt im Jahr 2011 waren die „Lokalen Netzwerke Kinderschutz“ strukturell bereits eingerichtet, allerdings waren Hebammen – anders als Familienhebammen – noch nicht in dem gewünschten Umfang eingebunden (MS, 2012).

Nicht nur regional, sondern auch bundesweit fehlten bis dato empirische Erkenntnisse darüber, wie viele Familien sich in der Betreuung von freiberuflichen Hebammen befinden, die aufgrund ihrer psychosozial belastenden Lebenssituation von weiterführenden Hilfen profitieren könnten. Darüber hinaus lagen – bundesweit und für Sachsen-Anhalt – keine Forschungsarbeiten dazu vor, wie freiberufliche Hebammen mit anderen regionalen Akteuren zusammenarbeiten und welche Kenntnisse, Einstellungen und Bedürfnisse sie hinsichtlich einer aktiven Partizipation im interdisziplinären/-sektoralen Netzwerk Frühe Hilfen haben.

Ziel/Fragestellungen

Aufgrund der benannten mangelnden Kenntnisse vergab das Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2013 das Projekt an das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-

¹ Nachfolgend wird nur der Begriff „Familie“ verwendet, wobei mit diesem Begriff alle Ausprägungen von Familienleben und Lebensgemeinschaften gemeint sind.

² Das SGB VIII spricht im § 8a von „Gefährdung des Wohls eines Kindes“ und das KKG (2012) von „Kindeswohlgefährdung“, worunter im Allgemeinen "Kindesvernachlässigung" und "Kindesmisshandlung" zu verstehen sind. Nähere Definitionen und Informationen finden sich unter: <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/forschung/statistik-daten-und-fakten/>

Luther Universität Halle-Wittenberg (MLU), eine Erhebung der „Sichtweisen von niedergelassenen Kinder-, Frauen- und Hausärzt/innen, Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen sowie freiberuflich tätiger Hebammen auf ihre Zusammenarbeit in den lokalen/regionalen Netzwerken der Frühen Hilfen“ durchzuführen. Als Teil dieses Projekts wird hier die Befragung der Hebammen vorgestellt. Ziel war zum einen, Kenntnisse der in Sachsen-Anhalt freiberuflich tätigen Hebammen zu Frühen Hilfen und Kinderschutz näher kennen zu lernen. Zum anderen interessierten ihre Einstellungen zum regionalen Netzwerk Frühe Hilfen und einer aktiven Teilnahme und Einbindung. Weiterhin sollten die aus ihrer Sicht erforderlichen strukturellen Voraussetzungen für eine aktive Teilnahme in den Netzwerken Frühe Hilfen erfasst werden.

Methodik

Die quantitative Querschnittsbefragung von freiberuflich tätigen Hebammen im Land Sachsen-Anhalt erfolgte von Mitte Oktober bis Ende November 2013. Da Familienhebammen durch das Bundeskinderschutzgesetz (NZFH, 2014b) als Akteure der Frühen Hilfen seit Beginn integriert sind, wurden Datensätze von freiberuflich tätigen Hebammen, die angaben, auch als Familienhebamme tätig zu sein, nicht in dieser Auswertung berücksichtigt.

Erhebungsinstrument

Ein selbst erstellter Online-Fragebogen auf der Plattform SoSci Survey (Leiner, 2014) umfasste neben 5 personenbezogenen Angaben insgesamt 12 Abschnitte mit jeweils mehreren Aussagen (Items) zu den folgenden Themenbereichen: Familien in Problemlagen, Frühe Hilfen, primär- und sekundärpräventive Angebote, Zusammenarbeit von Akteuren im Netzwerk Frühe Hilfen, interdisziplinäre/-sektorale Netzwerk-Treffen sowie Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz. Sie orientierten sich in der Formulierung an dem einzigen bekannten, zu dieser Thematik relevanten Fragebogen, welcher in einer durch das NZFH geförderten Erhebung zur interdisziplinären Zusammenarbeit eingesetzt, jedoch nicht veröffentlicht wurde (Siebolds, 2011; persönlicher Kontakt vermittelt über das NZFH).

Die geschlossenen Items waren überwiegend auf vierstufigen endpunktbenannten Intervallskalen von "Trifft überhaupt nicht zu" bis "Trifft voll und ganz zu" anzukreuzen. Zusätzlich wurde die Antwortmöglichkeit "Ich weiß nicht" angeboten. Bei offenen Items waren entweder numerische Angaben (z.B. Anzahl von Familien in Problemlagen) oder Freitexte (Wünschen, Befürchtungen) einzutragen.

Der erstellte Fragebogen wurde vorab in einem Pretest von zwei freiberuflich tätigen Hebammen – neben 10 Personen aus anderen Professionsgruppen – auf Verständlichkeit der Fragebogen-Items und auf eventuell fehlende, jedoch wichtige Aspekte geprüft. Als Konsequenz wurde ein Glossar zum Fragebogen erstellt, das in der Online-Version über Pop-up-Fenster sowie in der Papierversion withheld wurde.

Ethische Aspekte

Die Hebammen wurden über ihre freiwillige Teilnahme, die vertrauliche Behandlung der Daten (Pseudonymisierung) und die Auswertung in Form aggregierter Daten informiert. Die Absenderangaben wurden bei Eingang per Post oder Fax von den Daten getrennt und vernichtet. Die optionalen Kontaktinformationen für eine Verlosung waren im Online-Fragebogen nicht mit den Daten verknüpft und wurden unmittelbar nach Preisvergabe wieder gelöscht (siehe unten).

Zugang zur Zielgruppe

Auf der Basis der Studie zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe (Albrecht, Loos, Sander, Schliwen & Wolfschütz, 2012) ließ sich für Sachsen-Anhalt eine Anzahl von etwa 480 ausschließlich oder teilweise freiberuflich tätigen Hebammen schätzen. Der Anteil weiter qualifizierter Familienhebammen lag in Sachsen-Anhalt 2011 bei 10,7% (Lange, 2013).

Der Zugang zur Zielgruppe wurde über zwei größere Berufsverbände realisiert, um zeitökonomisch einen hohen Prozentsatz an freiberuflich tätigen Hebammen zu erreichen. Nach Absprache mit den zuständigen Vertreterinnen erhielten 355 Hebammen des Landeshebammenverbandes Sachsen-Anhalt e.V. (LHV-SA) postalisch und 35 Mitglieder des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) per E-Mail eine Einladung mit Information und URL zum Ausfüllen des Online-Fragebogens. Den Mitgliedern des BfHD wurde zusätzlich angeboten, den Fragebogen als Papierversion zu bestellen.

Rücklauf

Aus der Literatur (Schöllhorn, König, Künster, Fegert & Ziegenhain, 2010) war bekannt, dass es unter anderem aufgrund fehlender Vergütung von Vernetzungstätigkeiten schwierig ist, die Gesundheitsberufe zur aktiven Teilnahme in Frühen Hilfen zu motivieren. Da außerdem der Rücklauf bei Online-Befragungen deutlich unter 50% liegen kann (Couper & Coutts 2006, S. 224), wurden folgende Maßnahmen ergriffen, um eine möglichst hohe Teilnahme an der Befragung zu erreichen (Bosnjak & Batinic, 2002; Couper & Coutts, 2006, S. 223):

- ◆ eine dichte Konstruktion des Fragebogens mit einer kurzen Ausfüllzeit von ca. 10 Minuten, um die zeitlichen Ressourcen der Teilnehmenden zu schonen;
- ◆ eine frühzeitige Bekanntgabe der Befragung in zwei Hebammenzeitschriften und über die Pressestelle der Universität;
- ◆ eine postalische Nachfassaktion zur Erinnerung (Baur & Florian, 2009);
- ◆ eine Verlosung von zwei Geldpreisen in Höhe von 300 und 200 Euro.

Die versendeten Informations- und Erinnerungsschreiben sowie der Rücklauf sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Von den 56 Teilnehmerinnen wurden 14 aufgrund ihrer Angaben als Familienhebamme ausgeschlossen.

Tabelle 1: Postalisch und per Mail angeschriebene Hebammen und Rücklauf

| | Briefe/ E -Mails (n) | Rücklauf (absolut und%) |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Befragung - Haupterhebung | 390 | 21 (5,4%) |
| Befragung - Nachfassaktion | 390 | 35 (9,0%) |
| Gesamt | | 56 (14,4%) |
| Als Familienhebamme erkannt | | 14 (3,6%) |
| Anzahl auswertbarer Datensätze | | 42 (10,8%) |

Analysemethoden

Alle standardisierten Items wurden quantitativ und deskriptiv mit Häufigkeiten (N), arithmetischem Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) ausgewertet. Bei der Beantwortung der Intervallskalen bringt ein MW >2,5 bis 4,0 Zustimmung und ein MW von 1,0 bis <2,5 Verneinung zum Ausdruck. Die jeweilige Gesamtzahl der Antwortenden, die pro Item variiert, wird jeweils ausgewiesen (N). Die offen erfragten Wünsche und Befürchtungen wurden in inhaltlich zusammengehörigen Themen zusammengefasst.

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Es nahmen 42 Hebammen teil, von welchen 23 als Freiberuflerinnen eine Einzelpraxis hatten (54,8%), 18 in einer Praxisgemeinschaft arbeiteten (42,9%) und 9 zusätzlich angestellt oder als freiberufliche Beleghebamme in einer geburtshilflichen Abteilung tätig waren (21,4%). Die meisten Teilnehmerinnen waren 40 bis 49 Jahre alt (n=22; 52,4%), 13 waren jünger (31,0%) und 7 älter (16,6%). 12 Hebammen hatten weniger als 10 Jahre Berufserfahrung (28,6%), 6 hatten zwischen 10 und 19 Jahre (14,3%) und 24 Hebammen hatten 20 Jahre und mehr Berufserfahrung (57,2%).

Die Hebammen vermittelten in der Praxis im Durchschnitt 3 Klientinnen oder Familien pro Monat (n=41) an andere Akteure der Frühen Hilfen. Nach Angaben von 41 Hebammen könnten so viele, d.h. durchschnittlich ca. 22,0% (SD: 23,3%) der von ihnen betreuten Klientinnen, von anderen Akteuren der Frühen Hilfen profitieren.

Kenntnisse zu Frühen Hilfen, zum Kinderschutz und den Aktivitäten des interdisziplinären Netzwerks Frühe Hilfen

39 teilnehmende Hebammen stimmten der Aussage relativ stark zu, sich zu Frühen Hilfen fortgebildet zu haben, und bestätigten überwiegend, Schutz- und Risikofaktoren bei Familien zu kennen und zu erkennen (siehe Tab. 2). Dagegen wurde die Aussage, sich zum Bundeskinderschutzgesetz (2012) fortgebildet zu haben, eher verneint.

Während lokale Angebote Früher Hilfen durchschnittlich bei der Hälfte der Teilnehmerinnen bekannt waren und hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit für den eigenen Berufsalltag eingeschätzt werden konnten, war das Konzept der Frühen Hilfen zur Unterstützung und Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern bei den befragten Hebammen weniger bekannt.

Sie waren mit den konkreten Hilfen für Familien in Problemlagen, die über die Kinder- und Jugendhilfe auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches (SGB VIII) von den Familien beansprucht werden können, eher nicht vertraut und fühlten sich unsicher darin, in den Frühen Hilfen sowohl im Sinne der Familien als auch rechtlich vertretbar mit der gesetzlichen Schweigepflicht umzugehen.

27 Hebammen stimmten der Aussage zu, dass es Treffen in ihrer Stadt oder Region gibt, die den Akteuren zur anonymen Fallberatung und Bedarfeinschätzung im Rahmen der (präventiven) Frühen Hilfen dienen; 12 Hebammen kreuzten „ich weiß nicht“ an. Dagegen kannten 38 Hebammen die Koordinator/innen des jeweiligen lokalen Netzwerks im Durchschnitt eher nicht. Hinsichtlich des (interventiven) Kinderschutzes wusste etwa nur die Hälfte der Hebammen, ob es in ihrer Stadt/Region eine Indikatorenliste zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung („ich weiß nicht“ = 23) und bei gewichtigen Anhaltspunkten dafür eine schriftliche Vereinbarung mit dem Jugendamt über das erforderliche Vorgehen gibt („ich weiß nicht“ = 21).

Die Hebammen bejahten die Aussagen in unterschiedlichem Maße, aktuelles Wissen zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung zu haben, in diesem Falle ihre Ansprechpartner zu kennen und sich auf eine gut funktionierende Zusammenarbeit mit dem Jugendamt verlassen zu können. Sie wissen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung eher nicht, welche Einschätzungen unbedingt dokumentiert werden müssen und verfügen eher nicht über die für sie notwendigen Kenntnisse zum Thema „rechtsmedizinische Beurteilung“ von klinischen Befunden.

Einstellungen zur Zusammenarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen

Die Hebammen sahen zunächst die Familienhebammen, das Jugendamt und die Beratungsstellen in der Verantwortung für Familien in Problemlagen. 25 Hebammen würden innerhalb des Gesundheitssystems zunächst andere Hebammen als „helfende Instanz“ ansprechen. In absteigender Häufigkeit nannten sie weitere Ansprechpartner/innen, die der Tabelle 3 zu entnehmen sind.

In der Zusammenarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen fanden 36 Hebammen eine telefonische Rückmeldung mit Einverständnis der betroffenen Familie wichtig und waren auch daran interessiert, ihre eigenen Erfahrungen mit anderen beteiligten Berufsgruppen wertschätzend zu diskutieren (siehe Tab. 4). Sie sahen die Fallkonferenz Frühe Hilfen als eine gute Chance, wichtige Kompetenzen und Handlungsstrategien zur Einschätzung von Familien in Problemlagen zu erwerben („ich weiß nicht“=6). 31 Hebammen stimmten der

Tabelle 2: Kenntnisse der befragten Hebammen zu Frühen Hilfen und zum Kinderschutz

| Frühe Hilfen: | Mw | SD | N | Ich weiß nicht |
|--|-----|-----|----|----------------|
| Ich habe mich zu Frühen Hilfen fortgebildet. | 3,3 | 1,1 | 39 | 0 |
| Ich kenne und erkenne Schutz- und Risikofaktoren bei Familien in Problemlagen. | 3,1 | 0,8 | 40 | 0 |
| Ich kenne die lokalen Angebote des Netzwerks Frühe Hilfen und kann sie bezüglich ihrer Brauchbarkeit für meinen Berufsalltag einschätzen. | 2,5 | 1,1 | 40 | 0 |
| Ich kenne das Konzept der Frühen Hilfen zur Unterstützung und Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. | 2,2 | 1,1 | 40 | 0 |
| Ich kenne das Sozialgesetzbuch der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und weiß, welche Hilfen Familien in Problemlagen beanspruchen können. | 2,1 | 0,9 | 40 | 0 |
| Ich bin mir sicher darin, sowohl für die Familie als auch rechtlich vertretbar mit der gesetzlichen Schweigepflicht umzugehen. | 1,7 | 0,9 | 38 | 2 |
| In meiner Stadt/Region gibt es Treffen mit Akteuren der Frühen Hilfen zur Bedarfseinschätzung/ anonymen Fallberatung bezüglich Früher Hilfen. | 3,2 | 1,2 | 27 | 12 |
| Ich kenne die Koordinatorin/ den Koordinator des lokalen Netzwerks Frühe Hilfen meiner Region. | 1,9 | 1,2 | 38 | 1 |
| Kinderschutz: | | | | |
| Ich habe mich zum Bundeskinderschutzgesetz (2012) fortgebildet. | 1,5 | 0,9 | 39 | 1 |
| In meiner Stadt/Region gibt es eine Indikatorenliste zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung. | 1,7 | 1,0 | 16 | 23 |
| In meiner Stadt/Region gibt es eine schriftliche Vereinbarung mit dem Jugendamt über das Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten zur Kindeswohlgefährdung. | 2,1 | 1,1 | 19 | 21 |
| Ich habe mir aktuelles Wissen zur Erkennung von Formen der Vernachlässigung, der Misshandlung und/oder des Missbrauchs eines Kindes angeeignet. | 2,6 | 1,0 | 37 | 2 |
| Ich kenne meine Ansprechpartner, wenn ich einen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung habe und ich dringend fachliche Hilfe benötige. | 3,0 | 1,1 | 37 | 2 |
| Aus meiner Sicht funktioniert die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gut, wenn ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. | 2,9 | 1,0 | 34 | 6 |
| Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung weiß ich, welche Einschätzungen unbedingt dokumentiert werden müssen. | 2,4 | 1,1 | 38 | 2 |
| Ich verfüge über die für meine Berufsgruppe notwendigen Kenntnisse zum Thema „rechtsmedizinische Beurteilung“ von klinischen Befunden. | 2,1 | 1,1 | 38 | 2 |

Aussage eher zu, dass Handlungsblockaden im Bereich der Frühen Hilfen auf Interessens- und Zielkonflikte der beteiligten Kooperationspartner zurückzuführen sind („ich weiß nicht“=10).

Strategien zur Einschätzung belastender Problemlagen

Von 13 vorformulierten Strategien und Informationen, die bei der Einschätzung der psychosozialen Belastung von Familien hilfreich sein können, wurden am häufigsten eine umfassende Familienanamnese (75%), das zeitnahe Wiedereinbestellen der Familie (55,6%) und das Hinzuziehen einer zweiten Fachkraft nach dem 4-Augen-Prinzip (50%) benannt.

Notwendige strukturelle Voraussetzungen

Um aktiv im System der Frühen Hilfen mitwirken zu können, bekräftigten die Hebammen insbesondere die folgenden strukturellen Vo-

raussetzungen (siehe Tab. 5): aktuelle Kontaktdaten der Akteure und Informationen zu Netzwerktreffen zu erhalten sowie eine gute Moderation der jeweiligen Netzwerktreffen. Das Bedürfnis, verbindliche Auskünfte zu anderen Akteuren auch an die Familien weitergeben zu können, fand sich auch in den Freitextangaben. Dagegen erachteten die Befragten eine Aufwandsentschädigung für die Netzwerktreffen als am wenigsten wichtig.

Hebammen äußerten in frei formulierten Texten ihre grundsätzliche Bereitschaft, eine Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Professionen einzugehen. Dadurch erhoffen sie sich ein schnelleres, engmaschiges und kollegiales Zusammenarbeiten, wünschen sich aber auch eine gegenseitige Wertschätzung. Sie könnten sich auch eine Unterstützung durch eine Ansprechpartnerin bzw. einen Ansprechpartner vorstellen, die/der lokal und unabhängig vom Jugendamt arbeitet und unbürokratisch hilft, weitere Akteure einzubeziehen.

Tabelle 3: Akteure, die von den befragten Hebammen als mitverantwortlich für Familien mit Problemlagen betrachtet wurden (Mehrfachnennungen)

| Helfende Instanz in der Verantwortung für Familien in Problemlagen | Anzahl der Nennungen | Anzahl der antwortenden Hebammen |
|--|----------------------|----------------------------------|
| Familienhebamme | 36 | 42 |
| Jugendamt/Allgemeiner Sozialer Dienst | 34 | 42 |
| Beratungsstellen (Erziehungs-/Familien-/ Schwangerschafts-/Sucht-/Schuldner-beratung...) | 31 | 42 |
| Hebamme | 25 | 42 |
| Sprechstunde für Regulationsstörungen von Säuglingen (Schreiambulanz) | 18 | 42 |
| Fachärztin/Facharzt | 16 | 42 |
| Einrichtungen Freier Träger (z.B. Wohlfahrtsverbände) | 15 | 42 |
| Therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physio- oder Ergotherapie, Logopädie) | 13 | 42 |
| Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in | 13 | 42 |
| Psychotherapeut/in | 11 | 42 |
| Gesundheitsamt | 8 | 42 |
| Hausärztin/Hausarzt | 8 | 42 |

Nicht zuletzt äußerten die Hebammen ihre Bedenken, als aktive Akteurinnen der Frühen Hilfen einen höheren Zeitaufwand für Schreiarbeit und Beratungen in Kauf nehmen zu müssen. Darüber hinaus befürchteten sie emotionalen Druck von Ämtern auf die Familien, welcher zur Ablehnung ihrer Unterstützung führen könnte.

Diskussion

Die Ergebnisse geben einen ersten Hinweis – in diesem Fall in Sachsen-Anhalt – auf die Sichtweisen von freiberuflich tätigen Hebammen auf Frühe Hilfen und ihre aktive Beteiligung im interdisziplinären/-sektoralen Netzwerk Frühe Hilfen.

Auf verschiedenen gesundheits- und sozialpolitischen Ebenen besteht die Absicht, Hebammen als wichtige Akteurinnen in den primär- und sekundärpräventiven „Lokalen Netzwerken Kinderschutz“ zu integrieren (KKG, 2012; GVBl. LSA, 2009a). Die Hebammen selbst wollen wertschätzend auf Augenhöhe mit anderen Professionen

zusammenarbeiten. Jedoch müssen sie sich auch selbst – basierend auf den dazu erforderlichen Kenntnissen – als Akteurinnen der Frühen Hilfen verstehen lernen und in den Netzwerken ihren eigenen Stand finden.

Die Ergebnisse zeigen diesbezüglich einen Fortbildungsbedarf. Die Befragten brachten Wissenslücken zu Frühen Hilfen, dem Bundeskinderschutzgesetz bzw. KKG (2012) sowie zur Kinder- und Jugendhilfe zum Ausdruck. Auf der konkreten Ebene fehlten ihnen nicht nur Informationen zum Umgang mit der gesetzlichen Schweigepflicht im Kontext der Frühen Hilfen. Für eine aktive Mit- und Zusammenarbeit im Netzwerk wussten sie aus subjektiver Sicht zu wenig über lokale Angebote Früher Hilfen und die Koordinator/innen vor Ort. Diese Kenntnisse könnten sowohl die Kommunikation mit anderen Akteuren als auch die Überwindung von negativen Einschätzungen durch Netzwerkpartner begünstigen (Ziegenhain et al., 2011).

Tabelle 4: Einstellungen der befragten Hebammen zum Netzwerk Frühe Hilfen

| Einstellungen | Mw | SD | N | Ich weiß nicht |
|---|-----|-----|----|----------------|
| Aus meiner Sicht stellt eine telefonische Rückmeldung der im Netzwerk beteiligten Akteure (mit dem Einverständnis der betreffenden Familien) einen wichtigen Bestandteil der Zusammenarbeit und Begleitung der Familie dar. | 3,5 | 0,7 | 36 | 5 |
| Es ist mir ein Anliegen, eigene Erfahrungen mit Familien in Problemlagen mit anderen beteiligten Berufsgruppen wertschätzend zu diskutieren. | 3,5 | 0,7 | 38 | 3 |
| Bei einer Fallkonferenz Frühe Hilfen kann ich wichtige Kompetenzen und Handlungsstrategien zur Einschätzung von Familien in Problemlagen erwerben. | 3,5 | 0,8 | 35 | 6 |
| Im Bereich der Frühen Hilfen sind Handlungsblockaden auf Interessens- und Zielkonflikte der beteiligten Kooperationspartner zurückzuführen. | 3,3 | 0,7 | 31 | 10 |

Tabelle 5: Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, die für die interdisziplinäre bzw. -sektorale Zusammenarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen als eher wichtig (Mw >2,5) bzw. eher unwichtig (Mw <2,5) betrachtet wurden.

| Aspekte | Mw | SD | N | Ich weiß nicht |
|---|-----|-----|----|----------------|
| Aktuelle Kontaktdaten der Akteure für Frühe Hilfen auf einem Informationsblatt | 3,6 | 0,9 | 32 | 5 |
| Klare Informationen bzgl. Treffen zu Frühe Hilfen (Einladung, Tagesordnung, Protokolle) | 3,6 | 0,6 | 32 | 5 |
| Aktuelle Kontaktdaten der Akteure für Frühe Hilfen auf einer Webseite | 3,3 | 1,0 | 31 | 6 |
| Eine gute Moderation der jeweiligen Treffen zu Frühen Hilfen | 3,1 | 1,0 | 32 | 4 |
| Fortbildungspunkte für jedes Treffen zu Frühen Hilfen | 2,9 | 1,1 | 33 | 4 |
| Zeitlich begrenzte Treffen zu Frühen Hilfen | 2,9 | 1,0 | 29 | 7 |
| Verlässliche Hilfe durch eine dritte Instanz, z.B. Clearingstelle | 2,9 | 1,1 | 27 | 10 |
| Standardisierter Kooperations-/Protokollbogen für Frühe Hilfen, der von der Familie unterschrieben und an eine Kooperations-/Clearingstelle gefaxt wird | 2,8 | 1,1 | 27 | 9 |
| Vermeidung von Netzwerk-Treffen zu Sprechstundenzeiten | 2,8 | 1,1 | 29 | 8 |
| Eine Aufwandsentschädigung für Treffen zu Frühen Hilfen | 2,2 | 1,2 | 31 | 5 |

Das Konzept zur Unterstützung und Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern ist von besonderer Relevanz in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz, da eine negative Haltung gegenüber dem Kind und ein eingeschränktes Fürsorgeverhalten zu empirisch belegten Risikofaktoren einer Kindeswohlgefährdung zählen (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009). Andererseits kann die Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern aktiv durch Professionelle unterstützt und gefördert werden (Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2006). Wird davon ausgegangen, dass es sich bei dieser Stichprobe um eine hoch selektive und damit eher um an Frühen Hilfen interessierten Hebammen handelte, trifft der Bedarf an Informationen und Kenntnissen möglicherweise umso mehr für andere freiberuflich tätige Hebammen zu.

Aus der Perspektive des beruflichen Alltags und des bestehenden Zeit- und Leistungsdrucks lässt sich die Zustimmung der Befragten zu strukturellen unterstützenden Maßnahmen, wie die Verfügbarkeit aktueller Kontaktdaten der Akteure, klare Informationen zu Netzwerktreffen eine straffe Moderation der jeweiligen Netzwerktreffen, gut nachvollziehen. Empfehlungen, die von den gewonnenen Erkenntnissen abzuleiten sind, beziehen sich nicht nur auf gemeinsam geplante, multiprofessionelle und interdisziplinäre Fortbildungen zu Frühen Hilfen und Kinderschutz, einschließlich Datenschutzfragen, sondern auch auf gemeinsame Strategien für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit im Alltag. Letztlich könnten konsenterte Schritte zur Fehleranalyse (critical incident analysis) der Kooperation in Frühen Hilfen dienen.

Diese Erhebung stellte methodisch eine besondere Herausforderung dar, da mit einer geringen Rücklaufquote zu rechnen war. Durch besondere Maßnahmen zur Erhöhung der Rücklaufquote konnten immerhin 10,8% der geschätzten Anzahl freiberuflich

tätiger Hebammen in Sachsen-Anhalt (Albrecht et al., 2012) erreicht werden. Allerdings stellt diese Befragung damit weder eine Vollerhebung noch eine repräsentative dar, wodurch ihre Ergebnisse wenig belastbar sind.

Eine weitere Einschränkung ist zum einen die Möglichkeit, dass eine Hebamme mit Zusatzausbildung zur Familienhebamme einbezogen wurde, welche dies nicht angegeben hatte und anderweitig nicht eindeutig auszuschließen war. Zum anderen war der Fragebogen nicht ausschließlich für Hebammen, sondern auch für andere Berufsgruppen des Gesundheitssystems konzipiert. Daher wurden auch Items aus einem Fragebogen zu interdisziplinären Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen mit aufgenommen (Siebolds, 2011). Qualitätszirkel sind Hebammen oft nicht im Detail und in der Praxis bekannt, haben sich aber als anonymisierte Fallbesprechungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit bewährt (Ziegenhain et al., 2011, S. 142).

Es ist damit zu rechnen, dass insbesondere diejenigen Hebammen, die am Thema „Frühe Hilfen“ und multiprofessioneller Kooperation interessiert sind, an dieser Befragung teilnahmen und die Stichprobe daher eine hoch selektive Gruppe darstellt. Dies könnte auch erklären, warum sie dem Erfordernis einer Aufwandsentschädigung für Treffen zu Frühen Hilfen nicht überwiegend zustimmten.

Diese Einschränkungen deuten auf die Notwendigkeit weiterführender empirischer Arbeiten hin, um zunehmend belastbarere Daten zur Rolle der freiberuflichen Hebammen in Frühen Hilfen und in den regionalen Netzwerken Frühe Hilfen zu gewinnen.

Schlussfolgerung

Bestehende Wissenslücken sollten zumindest in Grundzügen bereits durch Aufnahme der Thematik „Frühe Hilfen“ in die Lehr-

curricula einzelner Berufsgruppen geschlossen werden. Darauf aufbauende, auf Zusammenarbeit ausgerichtete Fortbildungen wären eine günstige Voraussetzung dafür, dass freiberuflich tätige Hebammen niedrigschwellig präventive Angebote anderer Akteure an Familien in Problemlagen vermitteln.

Um Schwierigkeiten und Potenziale insbesondere hinsichtlich der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Beratungsstellen einerseits und freiberuflich tätigen Hebammen andererseits näher zu beleuchten, sind weiterführende Untersuchungen ihrer Sichtweisen erforderlich.

Interessenkonflikt der Autorinnen und des Autors

Das Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt begleitete das Projekt fachlich durch inhaltliche Anregungen, hatte jedoch keinen Einfluss auf die methodische Konstruktion des Erhebungsinstruments, dessen Verbreitung und die wissenschaftliche Auswertung der Ergebnisse. Darüber hinaus besteht von Seiten der Autorinnen und des Autors kein Interessenskonflikt.

Danksagung:

Die Autorinnen und der Autor danken den Hebammen für ihre Teilnahme an der Befragung. Die Nachfassaktion per Post, die dem Ziel diente, die geringe Rücklaufquote durch ein Erinnerungsschreiben zu erhöhen, wurde durch den Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. finanziert.

Review-Verfahren:

Eingereicht am: 30.08.2014, angenommen am: 25.11.2014.

Kontakt: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Literatur

- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A., & Wolfschütz, A. (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe: Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. Berlin: IGES Institut GmbH.
- Ayerle, G. M. (2012). *FrühStart. Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen*. Köln: NZFH.
- Baur, N., & Florian, M. J. (2009). Stichprobenprobleme bei Online-Umfragen. In N. Jakob, H. Schoen, & T. Zerback (Hg.), *Sozialforschung im Internet Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BDH (Bund Deutscher Hebammen e.V.), BfHD (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.), & Spitzenverbände der Krankenkassen (2005). *Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V*. http://www.bfhd.de/pdf/Vertrag_ueber_die_Versorgung_mit_Hebammenhilfe_nach_Paragraph_134a_SGB_V.pdf (Stand: 12.5.2014).
- Bosnjak, M., & Batinic, B. (2002). Understanding the Willingness to Participate in Online Surveys. The Case of E-mail Questionnaires. In B. Batinic, U.-D. Reips, & M. Bosnjak, (Hg.), *Online Social Sciences*. Seattle et al., S. 81-92.
- Couper, M., & Coultts, E. (2006). Online Befragung. Probleme und Chancen verschiedener Online-Erhebungen. In A. Diekmann (Hg.), *Methoden der Sozialforschung*. Wiesbaden, S. 217-243.
- DHV (Deutscher Hebammenverband) (2014). *Stellungnahme: Hebammen im Kontext der Frühen Hilfen (Familienhebammen)*. http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2014_DHV_Stellungnahme_Familienhebammen.pdf&t=1408622660&hash=bc231555989401cec46d7c573be2851ea2b507b8 (Stand: 20.8.2014)
- GVBl. LSA (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Sachsen-Anhalt) (2009a). *Gesetz zur Verbesserung des Schutzes von Kindern. Artikel 1 Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Förderung der Kindergesundheit (Kinderschutzgesetz)* GVBl. LSA Nr. 24/2009 vom 21.12.2009.
- GVBl. LSA (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Sachsen-Anhalt) (2009b). *Gesetz zur Verbesserung des Schutzes von Kindern. Artikel 3 Hebammen-Berufsverordnung vom 26. März 2003* (GVBl. LSA S. 82), geändert durch Verordnung vom 17. August 2009 (GVBl. LSA S. 459), geändert durch GVBl. LSA Nr. 24/2009, ausgegeben am 21.12.2009.
- HebG (*Hebammengesetz*) (1985). *Gesetz über den Beruf der Hebammen und des Entbindungspflegers vom 4. Juni 1985* (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf (Stand: 12.5.2014).
- KKG (2012). *Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz vom 22.12.2011* (GBl. I S. 2975). Das Gesetz wurde als Artikel 1 des Bundeskinder-schutzgesetzes (BKISchG) v. 22.12.2011 I 2975 vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Es ist gem. Art. 6 dieses Gesetzes am 1.1.2012 in Kraft getreten. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/kkg/gesamt.pdf> (Stand: 14.8.2014)
- Künster, A. K., Schöllhorn, A., Knorr, C., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2010). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(8), 731-743.

- Lange, Ute (2013). Newcomer oder Coming back – Familienhebammen in der Kinder- und Jugendhilfe. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), *Datenreport Frühe Hilfen* (S. 56-61). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Leiner, D. J. (2014). *SoSci Survey* (Version 2.4.00-i) [Computer Software]. <https://www.sosicisurvey.de> (Stand: 14.8.2014)
- Meysen, T., Schönecker, L., & Kindler, H. (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa.
- MS (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt) (2012). *Umsetzung des Gesetzes zum Schutz des Kindeswohls und zur Förderung der Kindergesundheit (Kinderschutzgesetz). Zweiter Bericht unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Umfrage unter den „Lokalen Netzwerken Kinderschutz“*. Ministerium für Arbeit und Soziales, Abteilung 4 – Familie – Zentrum „Frühe Hilfen für Familien“. http://www.ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2012/2012_07_20_LokNW_Auswertung.pdf (Stand: 13.8.2014)
- NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) (2014a): *Bundesinitiative Frühe Hilfen*. <http://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/> (Stand: 12.6.2014)
- NZFH (2014 b). *Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)*. <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/rechtliche-grundlagen/rechtliche-rahmenbedingungen-zu-fruehen-hilfen/bundeskinderschutzgesetz-bkischg> (Stand: 12.6.2014)
- Sann, A. (2011). Bestandsaufnahme: Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Sann, A. & Küster, E. (2013). Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in den Kommunen. In: *Datenreport Frühe Hilfen* (S. 36-45). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Schöllhorn, A., König, C., Künster, A.K., Fegert, J.M., & Ziegenhain, U. (2010) Lücken und Brücken. In I. Renner & A. Sann, *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen* (S. 202-221). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Siebolds, M. (2011). *Qualitätszirkel als Forum der Vernetzung von VertragsärztInnen und der Jugendhilfe“ - Vorstellung der Ergebnisse*. Vortrag auf Symposium Frühe Hilfen am 16.11.2011. <http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/prof.dr.siebolds.pdf> (Stand 02.02.2014)
- Verwaltungsvereinbarung (2012). *Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012–2015*. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_Bundesinitiative_01.pdf (Stand: 12.6.2014)
- Wissenschaftlicher Beirat des NZFH (2009). *Was sind Frühe Hilfen? Begriffsbestimmung auf der 4. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des NZFH am 26.06.2009 in Berlin*. <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> (Stand: 11.11.2014)
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B., & Derksen, B. (2006). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe* (2 ed.). Weinheim, München: Juventa.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C., & Fegert, J. M. (2011). *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz*. Werkbuch Vernetzung (4. Auflage). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Call for Abstracts

Das Wissenschaftliche Komitee des 27. Deutschen Kongresses für Perinatale Medizin lädt ein, Abstracts einzureichen, um mit einem **Poster, Vortrag oder audiovisuellen Beitrag** zum wissenschaftlichen Programm beizutragen.

Abstracts können voraussichtlich ab **Mai 2015** zu vorgegebenen Themen – in Kürze verfügbar – ausschließlich online eingereicht werden unter: <http://www.dgpm2015.com/Abstracteinreichung.561.0.html>.

Bitte beachten Sie, dass die Einreichung eines Abstracts keine Kongressanmeldung bedeutet. Die besten Beiträge werden prämiert.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft zur Evaluierung des Gesetzes über die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger (LHebG NRW) sowie der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBo NRW) des Landes Nordrhein-Westfalen

04.06.2014

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) begrüßt die Evaluierung der landesrechtlichen Vorschriften in Bezug auf das Hebammenwesen und bezieht im folgenden Stellung zu den grundlegenden Aspekten, die sich auf die Vorschriften zur Berufsausübung aus der Perspektive der Hebammenwissenschaft beziehen.

Landeshebammengesetz (LHeb NRW)

Es besteht Unklarheit wie die Ausführung „... fördern das Hebammenwesen“ im § 3 Abs. 1 verstanden werden muss. Hier wären nähere Erläuterungen wünschenswert. Denkbar wäre sowohl die Förderung des Hebammenwesens im Sinne einer Sicherstellung der Versorgung durch Hebammen¹ als auch die Förderung des Fachs im Sinne einer Unterstützung der Hebammenwissenschaft (z. B. durch Förderung von hebammenspezifischen Studien) und der Bereitstellung evidenzbasierter Fort- und Weiterbildungsangebote.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBo NRW)

Die sowohl im § 1 des LHeb NRW als auch im § 2 Abs. 1 der HebBo NRW festgehaltene Pflicht nach dem jeweiligen Stand der medizinischen, psychologischen, soziologischen und geburtshilflichen (nur HebBo NRW) Erkenntnisse zu agieren, wird im § 2 Abs. 1 im gleichen Satz erwähnt wie die Verpflichtung die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu beachten (HebBo NRW). Dadurch entsteht der Eindruck als könnten mit geltenden Vorschriften auch geburtshilfliche Leitlinien gemeint sein. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei geburtshilflichen Leitlinien nahezu ausnahmslos um Leitlinien der Entwicklungsstufe 1 handelt, die zudem weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung haben, darf und sollte die Beachtung im Sinne von Befolgung qualitativ eher gering einzustufender Leitlinien hier nicht gefordert werden; wohl aber die Kenntnis über die Inhalte dieser Leitlinien. Zum besseren Verständnis ist es notwendig die Vorschriften, auf die sich in diesem Absatz bezogen wird, zu benennen.

Es ist wünschenswert, dass die Ausführungen im § 2 Abs. 1 HebBo NRW den zunehmenden hochschulischen Abschlüssen im Hebammenwesen gerecht werden. Von Hebammen mit den Abschlüssen Bachelor of Science und Master of Science darf ein wissenschaftliches Verständnis und damit die Fähigkeit, auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse ihr Handeln auszurichten, erwartet werden.

Die im Hebammengesetz (1985) festgelegten vorbehaltenen Tätigkeiten unterscheiden den Hebammenberuf grundsätzlich von ande-

ren Gesundheitsfachberufen. Hebammen gewährleisten bei physiologischem Verlauf autonom die Primärversorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie deren Neugeborenen/Säuglingen. Laut § 4 des Hebammengesetzes ist die Geburtshilfe (Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt, Überwachung des Wochenbettverlaufs) eine den Hebammen sowie Ärztinnen/Ärzten vorbehaltene Tätigkeit. Ärztliches Fachpersonal ist laut geltendem Gesetz dazu verpflichtet, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen. Aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen ergibt sich im Falle einer normal verlaufenden Schwangerschaft, einer normal verlaufenden Geburt sowie eines normal verlaufenden Wochenbettes eine rechtliche Gleichstellung gegenüber ärztlichem Fachpersonal. Die eigenverantwortliche Tätigkeit von Hebammen ist nicht nur auf die Primärversorgungsebene begrenzt. Auch im klinischen Setting, der sekundären Versorgungsebene, arbeiten Hebammen selbstständig und eigenverantwortlich. Nationale wie internationale Studienergebnisse weisen zertifizierte Hebammen als zuverlässige Leistungsanbieter speziell auf der Primärversorgungsebene aus (Brocklehurst et al., 2010, Gesellschaft für Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe 2011; Loytved & Wenzlaff, 2007). Vor dem beschriebenen Hintergrund erscheint es von besonderer Bedeutung, dass die eigene Verantwortung im § 2 Abs. 2 HebBo NRW explizit weiterhin benannt wird. Gleichzeitig erfordert der Hebammenberuf eine enge Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Disziplinen Medizin und Psychologie wie auch aus den Bereichen Frühe Hilfen und Soziale Arbeit. Deshalb sollte die Berufsordnung neben dem Hinweis auf die eigenverantwortliche Tätigkeit auch den Hinweis auf die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit und eines gelungenen Schnittstellenmanagements enthalten.

Eine Fehlgeburt stellt zweifelsohne einen pathologischen Schwangerschaftsverlauf dar. Dennoch sollte die Betreuung von Frauen vor, während und nach einer Fehlgeburt als Tätigkeit unter § 2 Abs. 2 in Anlehnung an die bestehende Gebührenordnung in die Berufsordnung überführt werden. Studien zeigen, dass bei der Diagnose eines nicht lebenden Fetus ein abwartendes Verhalten über mehrere Wochen nicht oder nur bedingt mit einem höheren Risiko gegenüber einer sofortigen Ausschabung verbunden ist. Deshalb sollte den Frauen die Entscheidung überlassen werden, welchen Weg sie wählen (Al-Ma'ani, Solomayer & Hammadeh, 2014; Casikar et al., 2010; Dangalla & Goonewardene, 2012; Nanda et al., 2012). Während dieser Zeit sollten Frauen nicht sich selbst überlassen bleiben. Ambulante Hebammenbetreuung stellt hier gegenüber einer stationären Aufnahme der Frau eine gute Alternative dar.

Zum § 4 sollte grundsätzlich überprüft werden, inwieweit dieser nicht durch evidenzbasierte schmerzstillende Maßnahmen erweitert wird. Vorbild für eine entsprechende Überprüfung könnten die evidenzbasierte Leitlinie des National Institutes for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007) *Intrapartum Care* sein. Im § 8 ist die besondere Pflicht für freiberufliche Hebammen festge-

halten, sich an der Perinatalerhebung als qualitätssichernde Maßnahme zu beteiligen. Wünschenswert wäre hier außerdem der Hinweis, dass Hebammen dazu aufgefordert sind sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an Forschungsprojekten zu beteiligen bzw. bei vorhandener Forschungsexpertise eigene Forschungsprojekte zur Optimierung der geburtshilflichen Versorgung durchzuführen.

¹ Bei der Bezeichnung der Berufsgruppe der Hebammen oder Angehörigen dieser Berufsgruppe wird nachfolgend ausschließlich die Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ verwendet. Hierunter werden auch Entbindungspfleger subsumiert.

Literatur

- Al-Ma'ani, W., Solomayer, E. & Hammadeh, M. (2014). Expectant versus surgical management of first-trimester miscarriage: a randomised controlled study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 289(5), 1011-1015.
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L. & Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d7400.
- Casikar, I., Bignardi, T., Riemke, J., Alhamdan, D. & Condous, G. (2010). Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the '2-week rule'. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 35(2), 223-227.
- Dangalla, D. P. R. & Goonewardene, I. M. R. (2012). Surgical treatment versus expectant care in the management of incomplete miscarriage: a randomised controlled trial. *The Ceylon medical journal*, 57(4), 140-145.
- Gesellschaft für Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) (2011). *Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit*. www.quag.de/downloads/VergleichGeburtenGKV-SV.pdf (Stand: 9.12.2014)
- Hebammengesetz (1985). Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG) vom 04. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.
- Loytved, C. & Wenzlaff, P. (2007). *Außerklinische Geburt in Deutschland. German Out-Of-Hospital Birth Study*. Bern: Hans Huber.
- Nanda, K., Lopez, L. M., Grimes, D. A., Pegg, A. & Nanda, G. (2012). Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD003518.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). *Intrapartum care, care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline*. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynecologists.

Autorinnen:

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers, Dr. rer. medic. Gertrud Ayerle, Prof. Dr. phil. Monika Greening, Nina Knappe Diplom Kauffrau (FH) und Elke Mattern M.Sc. für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt: Bericht zum Stellungnahmeverfahren

20.08.2014

Nach einer Anfrage zur Mitarbeit an der Erstellung einer Leitlinie für die Versorgung von Dammrissen III. und IV. Grades Anfang dieses Jahres erhielt die Leitlinien-Kommission von der Vorsitzenden der DGHWi die umgehende Zusage. Ende Juli erreichte die DGHWi dann ein bereits fertig gestellter Entwurf für die Leitlinie mit der Bitte um eine Stellungnahme innerhalb von drei Wochen. Wie zugesagt, wurde der Entwurf auf seine Sinnhaftigkeit begutachtet.

Die DGHWi zeigte sich sehr erfreut, dass es nun auch für Deutschland eine Leitlinie zur Versorgung großer Geburtsverletzungen

geben wird, gehören diese doch zu den schwerwiegenden und langfristig beeinträchtigenden Folgen einer Geburt.

Dafür, dass Dammrisse III. und IV. Grades kein neues Phänomen in der Geburtshilfe darstellen und derzeit auch nicht häufiger vorkommen als vor 10, 20 oder 50 Jahren, wunderte es eher, dass bis dato noch keine Leitlinie existiert.

Im Großen und Ganzen ist der Leitlinienentwurf an die bereits existierende österreichische Leitlinie angelehnt und konnte in seiner Form akzeptiert werden.

Von Seiten der DGHWi wurden vor allem **Anmerkungen zur Epidemiologie und Bewertung von Risikofaktoren gemacht**. Ein paar Risikofaktoren fehlten oder wurden zu unrecht unter- oder überbewertet.

Mit zunehmendem Alter der Gebärenden (>35 Jahre) steigt das Risiko für eine Sphinkterverletzung. Auch wenn dieser Faktor sich nicht ändern lässt, könnte er in die Risikoabwägung mit hinein genommen werden.

Die Dauer der Austreibungsperiode > 60 min ist in vielen Studien mit der Dauer der Pressperiode gleichgesetzt, was eine andere Belastung der Beckenbodenmuskulatur mit sich bringt als ein kontinuierliches Tiefertreten des vorangehenden Teils des Kindes. Eine rigide Einhaltung der Austreibungsperiode innerhalb 60 min auch bei Erstgebärenden führt zu einer höheren Frequenz an instrumentellen Geburtsbeendigungen, die ihrerseits wieder mit einem höheren Risiko für Sphinkterverletzungen assoziiert sind.

In die Überarbeitung wurde die Unterscheidung der Länge der Austreibungsperiode nach Parität auf Wunsch der DGHWi aufgenommen.

Nicht alle aufgeführten risikoreduzierenden Faktoren wie ein *hoher BMI* der Schwangeren und *Raucherin* konnten so unterstützt werden. Erwartungsgemäß geht ein höherer BMI gehäuft mit einer fetalen Makrosomie einher, welche wiederum ursächlich zu Sphinkterläsionen beitragen kann. Welche Therapieempfehlungen sich ergeben, wenn Raucherinnen ein geringeres Risiko haben und dieses so auch in der Leitlinie Erwähnung findet, erschloss sich der DGHWi nicht.

Auch der protektiven Wirkung der Epiduralanästhesie wurde widersprochen, weil sie nicht eindeutig belegt werden konnte. Eine Periduralanästhesie schränkt die Bewegungsfreiheit der Gebärenden ein und führt u.a. zu protrahierten Geburtsverläufen, in deren Folge es gehäuft zu instrumentellen Geburtsbeendigungen mit den bekannten schweren Beckenbodenverletzungen kommen kann. Sowohl die Steinschnittlage während des Austritts und eine prolongierte Austreibungsperiode sind häufiger mit Geburtsverletzungen assoziiert.

Ein Cochrane Review zur Anwendung von feucht-warmen Kompressen, die kurz vor dem Durchtritt des vorangehenden Teils auf dem Dammbau aufgelegt werden, zeigt, dass die Anzahl der Geburtsverletzungen III. und IV. Grades damit statistisch signifikant gesenkt werden konnte. Diese Empfehlung muss noch als risikoreduzierender Faktor in die Überarbeitung aufgenommen werden.

Autorin:

Peggy Seehafer, Hebamme & Anthropologin

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

In der Kategorie geburtshilflicher Maßnahmen, die weder Prophylaxen noch eine Risikoerhöhung darstellen, waren ein paar Maßnahmen aufgelistet, denen die DGHWi aufgrund der Studienlage so nicht folgen konnte. Dazu zählten die Geburtseinleitung und die Unterstützung der Wehen mit Oxytocin.

Die DGHWi schlug vor, eine neue Kategorie einzufügen mit Faktoren, deren Risikobeurteilung aufgrund der insuffizienten Lage nicht bestimmt werden kann. Dem Wunsch wurde in der ersten Überarbeitung auch entsprochen.

Es bestand die Befürchtung, dass es aufgrund der Gewichtung der Faktoren zu einer Verharmlosung und/oder aktiven Interventionen in Form einer Geburtseinleitung zur Vermeidung eines makrosomen Kindes, eines Wehentropfes und einer Periduralanästhesie kommen würde. Eine derartige Programmierung der Geburt, die sich in den 1980er Jahren bereits als nicht sinnvoll herausgestellt hatte, zeigte auch in Bezug auf die Rate der Sphinkterläsionen keinen Vorteil.

Sehr erfreulich ist die dezidierte Empfehlung für den **restriktiven Einsatz einer mediolateralen Episiotomie**. Eine mediane Episiotomie wird aufgrund des nachweislich höheren Risikos für Dammrisse III. und IV. Grades abgelehnt.

Im Bereich der **Diagnostik** ist die DGHWi über die eindeutige Empfehlung zur rektalen Untersuchung zur Sicherstellung der Diagnose erfreut. Gewünscht wurde von der DGHWi außerdem zusätzlich ein Hinweis auf die Schmerzlinderung bereits zur Diagnostik, um diese Untersuchung für die Frauen erträglicher zu machen.

Im Kapitel zur **operativen Strategie** wurde teilweise nur um präzisere Beschreibungen gebeten, das Vorgehen selbst bedurfte keiner weiteren Anmerkungen. Es entspricht den derzeitigen internationalen Evidenzen.

Für das **Wochenbett und die außerklinische Betreuung** post partum wäre aus Hebammensicht noch Raum für konkrete Empfehlungen gewesen. Die Vorschläge in Bezug auf Urinretention, Sekundärnaht bei unzureichender Heilung oder Nahtdehiszenz, Schmerzstillung über den Klinikaufenthalt hinaus sowie ein Angebot zur Aufarbeitung dieses Geburtstraumas, in welcher Form auch immer, wurden bisher in der Leitlinie nicht berücksichtigt.

Bis auf die immer sehr kurzfristig angesetzten Abgabetermine von Seiten der Leitlinienkommission, die eine Herausforderung in der Begutachtung darstellte, ist es erfreulich zu sehen, dass die konkreten – selbstverständlich mit Studien belegten – Vorschläge der DGHWi Berücksichtigung fanden. Die Leitlinie ist zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht endgültig veröffentlicht.

Stellungnahme zur „Richtlinie zur Erprobung der nichtinvasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21 mittels molekulargenetischen Tests“

26.08.2014

Mitte Juli 2014 wurde die DGHWi gemäß der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und entsprechend gesetzlicher Bestimmungen als anerkannte stellungnahmeberechtigte, wissenschaftliche Fachgesellschaft über den Beschluss vom 17. April 2014 unterrichtet, dass die Beratungsverfahren zu Richtlinien zur Erprobung gemäß § 137e SGB V für folgende Methoden eingeleitet wurden:

- ◆ Nichtinvasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21 mittels molekulargenetischen Tests,
- ◆ Hyperbare Sauerstofftherapie bei Hörsturz,
- ◆ Messung von fraktioniert ausgeatmetem Stickstoffmonoxid zur Feststellung einer eosinophilen Atemwegsentszündung,
- ◆ Messung von fraktioniert ausgeatmetem Stickstoffmonoxid zur Steuerung der Asthma-Behandlung in der Schwangerschaft.

Die DGHWi wurde aufgefordert, in Beantwortung eines Fragenkataloges eine erste Einschätzung zu den genannten Themen abzugeben. Diese sollte bis zum 28. August 2014 beim G-BA eingehen. Aufgrund der Themenrelevanz und nicht zuletzt auch aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen während der Sommermonate hat sich die DGHWi in ihren Einschätzungen ausschließlich auf das erste der vier Themen bezogen. Die nachfolgende Einschätzung ging fristgerecht beim G-BA ein und wurde dort bereits einer ersten Überprüfung der Richtigkeit der Aussagen unterzogen.

Nachfolgend wird der *Fragenkatalog* zum Thema: „Richtlinie zur Erprobung der Nichtinvasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21 mittels molekulargenetischen Tests“ im Wortlaut wiedergegeben (fett gedruckt). Zu jeder einzelnen Frage wird die Stellungnahme der DGHWi angeführt.

1. Indikation, Population

a) Ab welchem Risiko für das Vorliegen einer Trisomie 21 soll derzeit eine invasive Chromosomendiagnostik durchgeführt werden?

Es gibt in Deutschland kein eindeutig definiertes Risiko, ab welchem eine Chromosomendiagnostik durchgeführt wird. Es gibt keine Leitlinie in der Datenbank der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), die sich mit dieser Thematik befasst. Ebenso keine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Laut Mutterschafts-Richtlinien kann im Fall einer Risikoschwangerschaft eine Amniozentese oder eine Chorionzottenbiopsie durchgeführt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014).

In der Praxis wird das Risiko anhand verschiedener sonografischer (z. B. Nackenfaltentransparenzmessung) und biochemischer Marker

(z. B. β -hCG, PAPP-A) spezifiziert (Bianchi et al., 2014, Schneider et al., 2013). Außerdem wird Frauen über 35 Jahren häufig eine invasive Chromosomendiagnostik angeboten. Die Seite "www.frauenaerzte-im-netz.de", die vom Berufsverband der Frauenärzte in Zusammenarbeit mit der DGGG herausgegeben wird, gibt für Frauen ab 35 Jahren die Amniozentese als optionalen Bestandteil der Schwangerenvorsorge an (Eichner et al., 2014). Zum Teil werden die verschiedenen einzelnen Risikofaktoren nach verschiedenen Verfahren miteinander gewichtet (Schneider et al., 2013). Eine weitere Indikation kann eine vorangegangene Schwangerschaft mit Aneuploidien sein. Darüber hinaus werden alle Frauen über pränataldiagnostische Untersuchungen informiert, die als Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) angeboten werden.

b) Wie wird dieses Risiko bestimmt?

Siehe a.

c) Wie schätzen Sie die Häufigkeit der im Studiendesign genannten Patientenklientel ein?

Unbekannt. Abschätzung anhand der bisher durchgeführten invasiven pränatalen Diagnostik auf Grundlage der KV-Daten möglich. Zudem ist eine Abschätzung vor dem Hintergrund der Chorionzottenbiopsie und der Amniozentese vor Erreichen der 22+0 Schwangerschaftswoche über die Daten der Perinatalerhebung des AQUA-Instituts möglich.

d) Wie schätzen Sie die Akzeptanz des o. g. Tests der im Studiendesign genannten Patientenklientel ein?

Insgesamt erfährt die Pränataldiagnostik (PND) im westlichen Raum und in Deutschland eine hohe Akzeptanz (Götzmann et al., 2002a, Hönninger, 1999, Lenhard, 2005, Sjogren & Uddenberg, 1987). Laut der Studie von Lenhard (2005) lag eine völlige Ablehnung der PND nur bei 3% der befragten Eltern vor. Der Studie von Sjogren und Uddenberg (1987) zufolge gaben 93% der Eltern an, dass die PND dazu beiträgt, die Schwangerschaft in Ruhe genießen zu können und 88% finden, dass die PND die Schwangerschaft sicherer macht. 96% stimmten der Aussage zu, dass der Vorteil der PND ist, dass Frauen heute entscheiden können, ob sie ein Kind mit einer vorgeburtlich festgestellten Erkrankung bekommen wollen oder nicht. Aufgrund der Nichtinvasivität des Indextests (molekulargenetischer Test zur PND) wird voraussichtlich eine noch höhere Akzeptanz herrschen. Vor allem bei dem Patientenklientel, dass sich bereits für eine invasive Diagnostik entschieden hatte.

2. Intervention, angemessene Vergleichsintervention

a) Wie schätzen Sie die Relevanz der Komplikationen bei invasiver Pränataldiagnostik ein?

Eine Metaanalyse von 2003 gibt ein erhöhtes relatives Abortrisiko

aufgrund der invasiven PND zwischen 1,14 und 4,61 an (Alfirevic et al., 2003). Bei einer Amniozentese im zweiten Trimester liegt die Abortwahrscheinlichkeit bei 2,1% anstelle von 1,3% ohne PND (RR 1.60; 95% KI 1.02 bis 2.52). Bei einer Amniozentese im ersten Trimester liegt die Abortrate bei 7,6% im Gegensatz zu 5,9% ohne PND (RR 1.29; 95% KI 1.03 bis 1.61). Bei einer Chorionzottenbiopsie beträgt das relative Risiko 4.61 (95% KI 1.82 bis 11.66) (Alfirevic et al., 1996). Eine retrospektive Studie in einer pränataldiagnostischen Spezialabteilung in Deutschland (2002) weist je nach invasiver Methode eine Abortrate zwischen 0,44% und 0,99% in den ersten 14 Tagen nach Durchführung der PND auf (Bettelheim et al., 2002).

Für die Familien scheint das Risiko eines Aborts ein wichtiger Faktor zu sein – zahlreiche Internetforen, in denen Frauen sich austauschen weisen darauf hin. Ebenso wird in der Praxis häufig danach gefragt.

b) Gibt es andere diagnostische/ therapeutische Vorgehensweisen für dieselbe Zielsetzung der adäquaten Diagnostik der o. g. Patientenklientel?

Es gibt die Möglichkeit der sogenannten Feindiagnostik oder des „Fein-Ultraschall“, der ca. zwischen 20 - 22 SSW durchgeführt wird. Im Rahmen einer umfassenden Diagnostik des Kindes wird auch nach Markern für Trisomie 21 gesucht (Schneider et al., 2013). Eine Diagnose in dieser Schwangerschaftswoche mit anschließend gewünschtem Schwangerschaftsabbruch führt aufgrund der fortgeschrittenen Schwangerschaft zu einer erheblichen Belastung der Eltern (Lenhard, 2005).

3. Endpunkte

a) Welche zu definierende Untergrenze (= Nichtunterlegenheitsschranke) der Sensitivität des o.g. Tests ist am günstigsten für die Abwägung zwischen Vorteil des Tests (Verzicht auf invasiver Diagnostik) und Nachteil (falsch-negative Ergebnisse)? Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung.

Die Sensitivität des Indextests sollte bei 99% - 100% liegen. Ein kombiniertes Screening aus maternalem Alter, sonografischen und biochemischen Markern (Nackenfaltentransparenzmessung, β -hCG, PAPP-A) hat bereits eine hohe Sensitivität, diese wird mit 92% bis 96% angegeben (Kagan et al., 2008). Der Indextest sollte deutlich über dieser Sensitivität liegen. Ein falsch negatives wie ein falsch positives Testergebnis können bedeutsame Folgen für die Eltern des Kindes haben. Deshalb sollte neben der Sensitivität auch die Spezifität angegeben werden. Letztere sollte ebenfalls mindestens 99% betragen.

4. Studientyp (Evidenzstufe)

a) Wie bewerten Sie das Studiendesign?

Das Verfahren der Nichtinvasiven Chromosomendiagnostik ist ebenfalls in der Lage die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Trisomie 18 und 13 festzustellen. Dies sind im Rahmen einer

Schwangerschaft ebenfalls relevante Aneuploidien des Kindes. Aufgrund der praktischen Relevanz und der wissenschaftlichen Effizienz sollte überlegt werden als weitere Endpunkte die Sensitivität und weitere Kennwerte (siehe sekundäre Endpunkte zur Trisomie 21) zu den Trisomien 13 und 18 mitzuerheben.

Das Studiendesign beachtet unzureichend soziale und psychische Endpunkte und Implikationen des Indextests. Diese erscheinen bei dem vorgelegten Test jedoch außerordentlich wichtig. So ist es wahrscheinlich, dass der Indextest aufgrund der Nichtinvasivität, der hohen Sensitivität und der frühen Durchführbarkeit zukünftig in der Schwangerschaft häufiger angewandt werden wird als das bisherige Screening. Es ist ebenfalls davon auszugehen, dass es dadurch zu mehr Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund höherer Diagnoseraten und der geringeren Bindung an das Kind kommt. Dies hat massive Implikationen für Schwangere die vor einer Entscheidung für oder gegen PND oder einen Schwangerschaftsabbruch stehen und für Menschen mit Trisomie 21 und deren Eltern.

Aufgrund des Angebots der PND in der Schwangerenvorsorge zeigen sich gesellschaftliche Tendenzen den betroffenen Eltern die Schuld für die Existenz eines Kindes mit einer Behinderung z. B. Trisomie 21 zu geben (Corrigan et al., 2006, Lümekemann, 2001, Marteau & Drake, 1995). In einer Umfrage von Marteau und Dranke (1995) beschrieben 41% der Schwangeren eine Frau als verantwortungslos, die die PND ablehnt und dadurch ein Kind mit einer Behinderung auf die Welt brachte. In einem Fragebogen von Nippert (1997) stimmen 56% der Schwangeren der Aussage zu, dass aufgrund der PND immer höhere Ansprüche an die Gesundheit der Kinder gestellt würden und immer weniger Frauen bereit seien, Kinder mit genetisch bedingten Erkrankungen oder Fehlbildungen zu akzeptieren.

Eltern erleben zunehmend die Zuweisung von Verantwortung für die genetische Konstellation ihrer Kinder. In einer Studie von Lümekemann (2001) gaben 72% der Eltern an Schuldzuweisungen und Vorwürfe erfahren zu haben, da sie keine PND durchführen ließen oder sich für ein Kind mit einer Behinderung entschieden. Bei Lenhard (2005) gaben 26% der Eltern eines Kindes mit Down-Syndrom an, ihnen sei vorgeworfen worden, dass das Kind vermeidbar gewesen wäre. In der selben Studie gaben 45% der Schwangeren an Angst vor negativen Reaktionen und Schuldzuweisungen durch die Gesellschaft zu haben. Lenhard (2005) und van den Daele (2003) zufolge empfindet die Mehrheit der Frauen einen gewaltigen gesellschaftlichen Druck auf sich lasten, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen.

Einer Studie von Marteau und Drake (1995) zufolge, war das Screeningverhalten der Frau der größte einzelne unabhängige Faktor hinsichtlich der Schuldzuweisung; dies traf sowohl auf die Bevölkerung wie auf das Fachpersonal zu. Die Studie zeigte auch, dass die Schuldzuweisung umso größer war, je mehr Kontrolle den Frauen zugestanden und zugewiesen wurde.

Der Indextest erhöht die Kontrolle der Frauen über das Austragen eines Kindes mit einer Behinderung, da er nichtinvasiv und damit einfacher durchzuführen ist. Daher ist mit einer Ausweitung der Schuldzuweisungen und damit Stigmatisierung von Eltern von Kindern mit Behinderungen potenziell zu rechnen. Zum anderen scheint auch die Entscheidung für eine Durchführung der PND bzw. des Indextests durch soziale Implikationen gesteuert zu werden. Beides sollte in das Design der Studie aufgenommen oder extern evaluiert werden.

Darüber hinaus birgt der Indextest die Gefahr der psychischen Belastung der Schwangeren. Hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen den Test, der Wartezeit auf die Diagnose und den Umgang mit dem Ergebnis des Tests (Götzmann et al., 2002b).

Daher sollte im Design auf folgende Punkte eingegangen werden:

- ♦ Die psychische Belastung der Schwangeren und ihrer Familien aufgrund des Tests.
- ♦ Die Gründe für die Entscheidung zum Indextest (z. B. kulturelle Aspekte).
- ♦ Die psychische Belastung von Schwangeren aufgrund der Diagnose einer Trisomie und des damit einhergehenden Schwangerschaftsabbruches oder der Entscheidung gegen einen Schwangerschaftsabbruch. Für diesen Themenbereich wäre auch eine Langzeiterhebung sinnvoll.
- ♦ Soziale Auswirkungen wie Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit Behinderung aufgrund des Tests und damit einhergehender Schwangerschaftsabbrüche.

Geklärt werden sollte auch, in welchen Schwangerschaftswochen der Indextest innerhalb der Studie durchgeführt werden soll. Die Entscheidung sollte basierend auf dem voraussichtlichen Anwendungsbereich in der Praxis erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass eine frühe Diagnose zu unnötigen Schwangerschaftsabbrüchen führt, da ein Teil der Kinder von selbst sterben würde. Eine späte Diagnose hingegen vermutlich zu einer größeren psychischen Belastung der Eltern führt.

Eine eindeutig begründbare Abgrenzung des Risikos und damit der Patientenpopulation ist nicht möglich.

Das Alter ist als Screening-Entscheidung nicht sinnvoll, da 70% der Kinder mit Down-Syndrom zurzeit von Frauen unter 35 Jahren geboren werden, bereits ein Viertel der Schwangeren über 35 ist und somit eine recht große Anzahl gescreent werden müsste (Schneider et al., 2013) und da aufgrund dieser Risikobezeichnung eine Stigmatisierung und damit Belastung der Frauen erzeugt wird, obwohl der Großteil gesunde Kinder bekommt.

Eine vorgestufte Diagnose durch sonografische und biochemische Analysen erscheint aufgrund der Belastung für die Eltern, die höhere Rate an falsch negativen Diagnosen (Bianchi et al., 2014) und der langfristigen Kosteneffektivität nicht sinnvoll.

Derzeit steht der Test bereits allen Schwangeren als IGeL zur Verfügung, es ist zu erwarten, dass sich dies weiter etablieren wird. Daher stellt sich die Frage ob das Patientenklientel auf alle Schwangeren, unabhängig vom Risikostatus, erweitert werden sollte.

b) Welche Aspekte sind im Hinblick auf die Durchführbarkeit zu berücksichtigen?

Die Rekrutierung der Schwangeren muss geplant und standardisiert werden. Die Testgüte (unter Einbezug der Inzidenz von Chromosomenaberrationen) und Ergebnisse des Indextests werden (und sollten) den Schwangeren mitgeteilt (werden). Gerade im Hinblick auf eine positive Diagnose ist ein statistisches Grundverständnis der Leistungserbringer erforderlich. Im Vorfeld sollte ein Workflow entwickelt werden, wie im Falle einer positiven Diagnose weiter verfahren wird. Es muss zudem ein Bewusstsein darüber bestehen, dass die verhinderten Geburten von Kindern mit Trisomie 21 aufgrund einer Abtreibung nach positiver Diagnose basierend auf dem Indextest überschätzt werden könnten, da spontane Aborte nicht berücksichtigt werden können.

5. Welche sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität sehen Sie

a) bei der Erbringung der Leistung in der Regelversorgung?

Die psychosoziale und genetische Beratung im Vorfeld des Tests muss präzisen Vorgaben zufolge durchgeführt werden, um eine gute Qualität der Aufklärung zu gewährleisten. Dazu müssen Materialien und personelle Ressourcen in ausreichender Menge und Qualität vorhanden sein. Die Vergütung der Beratung muss die Leistung und die benötigte Zeit angemessen abdecken.

Es muss geklärt werden, welche Berufsgruppen für die Durchführung der Beratung und der Testung zuständig sind. Denkbar sind HumangenetikerInnen, GynäkologInnen und Hebammen (Problematik des Gendiagnostikgesetzes) im Rahmen der Schwangerenvorsorge und genetische bzw. psychosoziale Beratungsstellen aufgrund ihrer hohen Spezialisierung, Beratungskompetenz und Unabhängigkeit.

Aufgrund der frühen Durchführbarkeit des Tests in der Schwangerschaft sollte auch geklärt werden, zu welchem Zeitpunkt die Aufklärung darüber erfolgen sollte. Eine Aufklärung zum Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft könnte mit einer hohen psychischen Belastung für die Schwangere und damit auch zu einer Belastung des Kindes führen.

b) an die Erbringung der Leistung im Rahmen der Erprobungsstudie?

Siehe a.

6. Praktikabilität der methodischen Anforderungen an die Studiendurchführung unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität

a) Wie schätzen Sie die derzeitige Verfügbarkeit der Nichtinvasiven Pränataldiagnostik ein?

In Deutschland steht der PraenaTest® für Risikoschwangere zur Verfügung. Mögliche Hindernisse sind die Kenntnis des Tests und die Kosten, die in den meisten Fällen von den Schwangeren zu tragen sind und zwischen 595 und 895 Euro liegen (LifeCodexx AG, 2014). Wie verbreitet die Aufklärung und die Durchführung des Tests zurzeit ist, ist unklar.

Die Verfügbarkeit der sonografischen und biochemischen Diagnostik ist hoch. Sie steht Risikoschwangeren und allen anderen Schwangeren als IGeL zur Verfügung.

7. Anforderungen an die Durchführung, die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Erprobung

Aufgrund der starken psychosozialen und ethischen Implikationen der Testung sollten in die Entwicklung des Studiendesigns Psychologinnen und Psychologen sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter einbezogen werden. Um letztendlich Gewissheit über die Testgüte des Indextestes zu erhalten müssten alle Feten nach Spontanabort wie auch nach Interruptio auf ihre Chromosomenzusammensetzung überprüft werden. Die Auswertung der Daten, die im Rahmen der Erprobung erfolgt, sollte durch ein unabhängiges Institut erfolgen. Die Interessenskonflikte aller an der Studie beteiligten Personen (bis auf die Probandinnen) müssen dezidiert und nachvollziehbar dargelegt werden.

8. Weitere Aspekte, die in den Vorgenannten nicht berücksichtigt werden

a) Wird das Patientenmanagement durch die Existenz und die Einführung des Tests als Kassenleistung beeinflusst ?

Ein Teil der Frauen lehnt eine invasive Diagnostik aufgrund der Komplikationsraten ab. Diese Frauen könnten in Zukunft von der Nichtinvasiven Chromosomendiagnostik Gebrauch machen. Ebenso könnte der Test aufgrund der geringen Nebenwirkungen vom medizinischen Personal vermehrt empfohlen werden, ohne dass seine Testgüte mit Blick auf den positiven und negativen Vorhersagewert kritisch reflektiert wird. Es könnte auch zu einer Ausweitung der PND auf alle Schwangeren kommen.

Aufgrund der Nichtinvasivität könnte auch die Auseinandersetzung der Schwangeren mit dem Test und den damit einhergehenden Implikationen im Falle einer positiven Diagnose geringer ausfallen. Daher sollte besonders viel Wert auf die Qualität der genetischen und der psychosozialen Beratung gelegt werden (siehe 5a).

Literatur:

- Alfirevic, Z., Mujezinovic, F. & Sundberg, K. (2003). Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Bettelheim, D., Kolinek, B., Schaller, A. & Bernaschek, G. (2002). Zur Komplikationsrate bei invasiven, intrauterinen Eingriffen an einer pränataldiagnostischen Schwerpunktabteilung. *Ultraschall in der Medizin*, 23(2), 119-122. doi:10.1055/s-2002-25191.
- Bianchi, D. W., Parker, R. L., Wentworth, J., Madankumar, R., Saffer, C., Das, A. F., Craiq, J. A., Chudova, D. I., Devers, P. L., Jones, K. W., Rava, R. P. & Sehnert, A. J. (2014). DNA Sequencing versus Standard Prenatal Aneuploidy Screening. *New England Journal of Medicine*, 370(9), 799-808. doi: 10.1056/NEJMoa1311037.

Unbedingt ist hinsichtlich der sonografischen Diagnostik die erforderliche DEGUM Stufe des Dienstleistungsanbieters hierfür zu berücksichtigen (s. hierzu auch den Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Testgüte des Fehlbildungsultraschalls). Dies bedeutet möglicherweise eine Betreuung der Frau durch mehrere Fachärztinnen und -ärzte bereits während der Schwangerschaft.

b) Welche Zielsetzung und welchen Nutzen hat die Diagnostik?

Eine genaue Festsetzung des Zieles der fetalen Chromosomendiagnostik ist notwendig. So stellt sich die Frage nach dem medizinischen Nutzen der Kenntnis eventueller Chromosomenanomalien. Dies sollte vor allem auf Grund der psychischen Belastung der Schwangeren und damit auch der Belastung des Kindes durch die Diagnostik gesehen werden (vergleiche Abschnitt 4). Aufgrund bisheriger Erfahrungen steht zu vermuten, dass die Diagnostik auch das Ziel verfolgt, ein Kind mit chromosomalen Veränderungen nicht bis zu seiner Lebensfähigkeit auszutragen, sondern die Schwangerschaft vorzeitig zu beenden, da ein Leben mit einem von Behinderung betroffenen Kind für die Eltern nicht vorstellbar erscheint. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass die PND oftmals gerade vor dem Hintergrund des Schwangerschaftsabbruchs und nicht vor dem Hintergrund der Vorbereitung auf das Leben mit einem Kind mit chromosomalen Veränderungen diskutiert wird. Es scheint in diesem Zusammenhang wichtig und richtig, darauf hinzuweisen, dass eine Chromosomenaberration an sich sowie die Behinderung, die damit einhergeht, keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch darstellt. Vielmehr ist es die psychische Belastung der Mutter sofern sie mit einem Krankheitswert verbunden ist.

9. Bitte äußern Sie sich zu der Einschätzung des G-BA hinsichtlich der voraussichtlichen Studienkosten.

Unbekannt.

10. Haben Sie Interesse, sich an den Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung (Studienoverhead) einschließlich derjenigen zur Erstellung des Studienprotokolls zu beteiligen?

Die DGHWi wird sich nicht an den Kosten beteiligen.

- Corrigan, P. W., Watson, A. C. & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of family psychology*, 20(2), 239-246. doi:10.1037/0893-3200.20.2.239.
- Daele, W. van den (2003). *Empirische Befunde zu den gesellschaftlichen Folgen der Pränataldiagnostik. Vorgeburtliche Selektion und Auswirkungen auf die Lage behinderter Menschen*. Berlin.
- Eichner, A., Traute, M., Steiniger, C. & Gröner, A. (2014). *Pränatale Diagnostik - Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)*. www.frauenaeerzte-im-netz.de/de_praenatale-diagnostik-amniozentese-fruchtwasseruntersuchung_530.html (Stand: 9.12.2014)
- Gaiswinkler, M. (2009). *"Es ist unser Kind. So wie er kommt, so ist er, so nehmen wir ihn". Über die vorgeburtliche Mutter-Kind-Beziehung und die Auseinandersetzung mit der Situation, ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen*. Wien: Universität Wien.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). *Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung – „Mutterschaftsrichtlinien“*. www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_mutterschaft.pdf (Stand: 9.12.2014)
- Götzmann, L., Schönholzer, S. M., Kölbl, N., Klaghofer, R., Scheuer, E., Huch, R., Buddeberg, C. & Zimmermann, R. (2002). Die Ultraschall-Untersuchung bei Verdacht auf fetale Entwicklungsstörungen: Zufriedenheit und Bewertungen aus Sicht der betroffenen Frauen. *Ultraschall in der Medizin*, 23(1), 27-32. doi:10.1055/s-2002-20072.
- Götzmann, L., Schönholzer, S. M., Kölbl, N., Klaghofer, R., Scheuer, E., Zimmermann, R., Huch, R. & Buddeberg, C. (2002). Die Verdachtsdiagnose einer fetalen Entwicklungsstörung in der Ultraschall-Untersuchung: Auswirkungen auf das psychische Befinden schwangerer Frauen. *Ultraschall in der Medizin*, 23(1), 33-40. doi:10.1055/s-2002-20073.
- Hönninger, A. (1999). Die Bedeutung der pränatalen Diagnostik für Familien mit behinderten Kindern. Eine Analyse auf der Grundlage von Interviews mit betroffenen Eltern. *Frühförderung interdisziplinär*, 18(4), 166-175.
- Kagan, K. O., Wright, D., Baker, A., Sahota, D. & Nicolaides, K. H. (2008). Screening for trisomy 21 by maternal age, fetal nuchal translucency thickness, free beta-human chorionic gonadotropin and pregnancy-associated plasma protein-A. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 31(6), 618-624. doi:10.1002/luog.5331
- Lardorfer, L. M. (2012). *Beratung bei pränataler Diagnostik*. (Diplomarbeit). Universität Wien, Wien. http://othes.univie.ac.at/18385/1/2012-01-29_0107904.pdf (Stand: 9.12.2014)
- Lenhard, W. (2005). *Die psychosoziale Stellung von Eltern behinderter Kinder im Zeitalter der Pränataldiagnostik* (Dissertation). Würzburg: Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
- LifeCodex AG (2014). *Pränatale Diagnostik; Kostenerstattung*. <http://lifecodex.com/> (Stand: 9.12.2014)
- Lümkemann, R. (2001). *Down-Syndrom – die ersten Wochen. Erleben und Bewältigung der Diagnose durch die Eltern behinderter Kinder* (Dissertation, unveröffentlicht). Homburg.
- Marteau, T. M., & Drake, H. (1995). Attributions for disability: the influence of genetic screening. *Social science & medicine*, 40(8), 1127-1132.
- Nippert, I. (1997). Psychosoziale Folgen der Pränataldiagnostik am Beispiel der Amniozentese und Chorionzottenbiopsie. In Petermann & Wiedebusch & Quante (Eds.), *Perspektiven der Humangenetik. Medizinische, psychologische und ethische Aspekte* (pp. 107–126). Paderborn: Schöningh.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. & Quante, M. (Hrsg.) (1997). *Perspektiven der Humangenetik. Medizinische, psychologische, und ethische Aspekte*. Paderborn: Schöningh.
- Schneider, H., Husslein, P.-W. & Schneider, K. T. M. (Hrsg.) (2013). *Die Geburtshilfe* (4. Aufl. 2011). Berlin: Springer.
- Sjogren, B. & Uddenberg, N. (1987). Attitudes towards disabled persons and the possible effects of prenatal diagnosis. An interview study among 53 women participating in prenatal diagnosis and 20 of their husbands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6, 187–196.

Autorinnen:

Mirjam Peters, B.Sc. und Dr. Angelica Ensel

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Formale und inhaltliche Überarbeitung Bericht zum Stellungnahmeverfahren

17.09.2014

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. erhielt am 24.07.2014 eine Einladung zur Stellungnahme zu einer Neufassung der Kinder-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Richtlinie regelt das Vorgehen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres und schließt als Anlage das gelbe U-Heft für Kinder ein. Die derzeit gültige Fassung wurde zuletzt am 12.03.2011 geändert. Sie ist online auf der Homepage des G-BA abrufbar.

Da die durch den G-BA bereitgestellten Dokumente im Verfahren vertraulich behandelt werden müssen, informiert dieser Bericht über die Stellungnahme und die darin thematisierten Aspekte. Die Stellungnahme der DGHWi kann im Abschlussbericht des G-BA veröffentlicht und dann eingesehen werden.

Seit 2005 überarbeitet eine Arbeitsgemeinschaft die Kinder-Richtlinie inhaltlich und diskutiert parallel unterschiedliche Beratungsthemen. Dazu gehören die Kinderuntersuchung U7a und das

Neugeborenen-Hörscreening, beide seit 2008 in die Richtlinie aufgenommen. Beraten wurden auch Screeningverfahren zur Erkennung von Sehstörungen und zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und/oder von Risikofaktoren der Kindesmisshandlung (2007). Beide Themen wurden nicht in die Kinder-Richtlinie aufgenommen, weil bisher die Vorhersagegenauigkeit bestimmter Tests nicht belegt ist.

Das jetzige Stellungnahmeverfahren bezog sich auf ein Screening zu Sprach- und Sprechstörungen und ein Screening zur Erkennung erworbener Hörstörung. Gleichzeitig wurden aber auch die Untersuchungen U1 – U9 neu strukturiert. In der zurzeit gültigen Richtlinie (2011) sind zunächst alle im fraglichen Zeitraum zu berücksichtigenden Erkrankungen/Störungen, „die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“, in einer Tabelle zusammengefasst (Teil A: Allgemeines). Auf diese soll der Arzt durch Erhebung der Vorgeschichte und eingehende Untersuchung je Untersuchungszeitraum (Teil B: Untersuchungen) besonders eingehen. Zukünftig wird die Durchführung jeder Untersuchung (U1 – U9) konkretisiert und zunächst unter „Ziele und Schwerpunkte“ beschrieben, auf welche Erkrankungen/Störungen besonders zu achten ist. Dies macht die Auflistung der Erkrankungen/Störungen im bisherigen Teil A überflüssig.

Zu dem Entwurf hat die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. Stellung bezogen: zu zwei allgemeinen Punkten und zwei Punkten in den Untersuchungen U1 - U3.

Die Kinder-Richtlinie beginnt weiterhin mit einem Teil „Allgemeines“. In diesem wird der Satz beibehalten: „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten“.

In der Stellungnahme empfiehlt die DGHWi einen Verweis auf das gestufte Vorgehen in § 4 KKG aufzunehmen („Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“.) So kann bei Verdacht auf Kindesvernachlässigung oder -misshandlung einer Diskriminierung und vorzeitigen namentlichen Meldung beim Jugendamt vorgebeugt werden. Im § 4 KKG heißt es, dass die Ärztin/der Arzt „mit dem Personensorgeberechtigten die Situation erörtert und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirkt, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes ... nicht in Frage gestellt wird“. Dieser Hinweis und jener, dass die Ärztin/der Arzt „Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft“ hat, sollen aus Sicht der DGHWi unbedingt eingefügt werden.

Die DGHWi unterstützt auch die Idee einer abtrennbaren Teilnahmekarte zur Vorlage bei Ämtern, Arbeitgebern, Kitas und Schulen als Nachweis der erfolgten Besuche von Früherkennungsuntersuchungen, ohne weitere gesundheitliche oder psychosoziale Angaben aus dem gelben U-Heft preisgeben zu müssen. Dadurch kann

eine missbräuchliche Einsichtnahme in das Gelbe Heft verhindert und der Datenschutz gewährleistet werden.

In der Beschreibung der Ziele und Schwerpunkte der U1 war geplant, zur Konkretisierung der bisherigen Formulierung „Untersuchungszeitraum unmittelbar nach der Geburt“ durch den Wortlaut „möglichst innerhalb der ersten 30 Minuten“ zu präzisieren. Gemäß der Stellungnahme gibt die DGHWi zu bedenken, dass ein Zeitraum von 30 Minuten nach der Geburt ungenau und zeitlich nicht realistisch erscheint. Er ist ungenau, weil die Geburt für die Mutter, anders als für das Kind, erst endet, wenn die Plazenta geboren ist, zeitlich nicht realistisch, weil es wünschenswert ist, dass die Mutter und/oder der Vater bei der U1 anwesend sind und die Untersuchung erst nach der Plazentaphase und dem Nähen einer Dammverletzung erfolgen sollte. Nicht nur im Rahmen der Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ ist – so die Stellungnahme der DGHWi – generell eine einstündige Bonding-Phase zu ermöglichen, in der Mutter und Kind nicht getrennt werden. Auch solle diese nicht durch den diagnostischen Eingriff einer U1 gestört werden.

Die DGHWi schlägt als Formulierung vor: „Die U1 soll möglichst innerhalb der beiden ersten Lebensstunden des Kindes unter zeitlicher Berücksichtigung eines Bondings zwischen Mutter/Vater und Neugeborenem erfolgen.“

Bei den Untersuchungen U2 und U3 wird zur Erhebung der Sozialanamnese ein Elternfragebogen vorgesehen, der von den Eltern zur Vorbereitung auf das Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden soll. 12 Fragen, die die Eltern direkt ansprechen, erheben Daten zu Regulationsstörungen, ihre subjektive Sicht auf den Entwicklungsstand und das Zusammenleben in der Familie, einschließlich der Aspekte Gesundheit, Unterstützung eines informellen Netzwerks und Finanzen. Leider fehlt an dieser Stelle im Beschlussentwurf die Angabe zu den Quellen, auf die sich diese Fragen stützen.

Die DGHWi regt in ihrer Stellungnahme an, als Informationsgrundlage für Ärztinnen und Ärzte anamnestiche Fragen zu formulieren, deren Relevanz für eine mögliche Kindeswohlgefährdung bzw. -vernachlässigung wissenschaftlich belegt ist. Die Fragen, die an die Eltern gerichtet sind oder deren psychosoziale Lage betreffen, sollten Antworten auf die fünf Risikoindikatoren liefern, die durch Kindler im „Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (Meysen, Schönecker & Kindler, 2009) beschrieben wurden. So könnten Eltern für eine präventive Unterstützung identifiziert und an weitere Frühe Hilfen oder den Kinderschutz vermittelt werden. Auch könnte die „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH, 2013) zur Formulierung geeigneter Fragen genutzt werden. Sie enthält Aussagen zu Ressourcen und Hilfebedarf der Eltern bzw. Hauptbezugspersonen, die den Unterstützungsbedarf der elterlichen Kompetenzen veranschaulichen.

Diesbezüglich fehlen in dem Elternfragebogen aus Sicht der DGHWi Fragen zur Selbsteinschätzung, wie die Eltern selbst ihren Bedarf

an fachlicher Unterstützung sehen. Es fehlen auch Fragen zur Gestaltung der Beziehung mit dem Kind (Wahrnehmen von und Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, Blick- und Körperkontakt zu dem

Kind). Zu beiden Bereichen wurden Formulierungen in der Stellungnahme der DGHWi vorgeschlagen.

Literatur

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). *Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres*. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/ (Stand: 18.10.2014).

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975). www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html (Stand: 29.08.2014).

Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2013). *Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich*. www.fruehehilfen.de/familienhebammen/dokumentationsvorlagen/ (Stand: 16.09.2014).

Autorinnen:

Elke Mattern, M.Sc., Dr. rer. medic. Gertrud Ayerle, Prof. Dr. phil. Monika Greening im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Vergleich der aktiven und abwartenden (An-)Leitung von Frauen in der Nachgeburtphase

Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., McGuire, W. & Weeks, A.

Übersetzung der Zusammenfassung des Cochrane Reviews durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Mit aktiver Leitung der Nachgeburtphase ist das prophylaktische Verabreichen eines Uterotonikums, ein frühes Abnabeln und der kontrollierte Zug an der Nabelschnur (controlled cord-traction) zur Gewinnung der Plazenta gemeint. Bei der abwartenden Leitung werden Zeichen der Plazentalösung abgewartet und die Plazenta wird spontan geboren. Die aktive Leitung wurde mit dem Ziel eingeführt, Blutungen, welche einen Hauptfaktor für die maternale Mortalität in einkommensschwachen Ländern darstellen, zu reduzieren.

Ziel

Vergleich der Wirksamkeit von aktiver und abwartender Leitung der Nachgeburtphase.

Methodisches Vorgehen

Wir durchsuchten das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register (15. Februar 2011).

Auswahlkriterien

Randomisierte und quasi-randomisierte kontrollierte Studien, welche eine aktive und abwartende Leitung der Nachgeburtphase vergleichen.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autor/innen bewerteten unabhängig voneinander die Studien hinsichtlich Einschluss, schätzten das Bias-Risiko ein und führten die Datenextraktion aus.

Hauptergebnisse

Wir berücksichtigten sieben Studien (mit insgesamt 8.247 Frauen), welche alle in Krankenhäusern durchgeführt wurden, davon sechs in einkommensstarken Ländern und eine in einem einkommensschwachen Land. Vier Studien verglichen die aktive und abwartende Leitung und drei verglichen die aktive Leitung mit einer Kombination von einzelnen, jedoch nicht allen Maßnahmen der

aktiven und abwartenden Leitung. In der Analyse nutzten wir Random-effects Modelle aufgrund der klinischen Heterogenität der Studien. Es fehlten hochwertige Studien mit hoher Evidenzstärke bezüglich unserer primären Endpunkte (Outcomes). Die Ergebnisse legten nahe, dass die aktive Leitung für Frauen mit unterschiedlichem Blutungsrisiko sowohl das durchschnittliche Risiko einer maternalen primären Blutung zur Zeit der Geburt reduzierte (mehr als 1000 ml) (durchschnittliches Risk Ratio (RR) 0,34; 95% Konfidenzintervall (CI) 0,14 bis 0,87; drei Studien, 4.636 Frauen) als auch das durchschnittliche Risiko eines postpartalen maternalen Hämoglobinwerts (Hb) unter 9 g/dl (durchschnittliches RR 0,50; 95% CI 0,30 bis 0,83; zwei Studien, 1.572 Frauen). Darüber hinaus fanden wir weder einen Unterschied in der Inzidenz von Verlegungen von Säuglingen auf die Neonatalstationen (durchschnittliches RR 0,81; 95% CI 0,60 bis 1,11; zwei Studien, 3.207 Frauen) noch in der Inzidenz eines behandlungsbedürftigen Neugeborenen-Ikterus (durchschnittliches RR 0,96; 95% CI 0,55 bis 1,68; zwei Studien, 3.142 Frauen). Es gab keine Daten bezüglich unserer anderen primären Outcomes, wie schwere postpartale Blutung (PPH) zur Zeit der Geburt (mehr als 2.500 ml), maternale Mortalität oder behandlungsbedürftige neonatale Polyzythämie.

Die aktive Leitung zeigte auch eine signifikante Senkung des primären Blutverlusts von mehr als 500 ml, des durchschnittlichen Blutverlusts der Frau während der Geburt, von maternalen Bluttransfusionen und der Verabreichung therapeutischer Uterotonika während der Nachgeburtphase und/oder innerhalb der ersten 24 Stunden. Außerdem zeigte die aktive Leitung einen signifikanten Anstieg des maternalen diastolischen Blutdrucks, von Erbrechen nach der Geburt, Nachwehen und dem Gebrauch von Analgetika ab der Geburt bis zur Verlegung aus dem Kreißaal. Ebenso kehrten

mehr Frauen mit Blutungen ins Krankenhaus zurück (dieses Outcome war vorab nicht festgelegt worden). Bei aktiver Leitung fiel außerdem eine Senkung des Geburtsgewichts des Neugeborenen auf, welches auf das geringere Blutvolumen aufgrund des Eingriffs in die plazentare Transfusion zurück zu führen ist.

In der Untergruppe von Frauen mit niedrigem Risiko für eine schwere Blutung gab es ähnliche Ergebnisse, mit der Ausnahme, dass keine signifikanten Unterschiede zu den Vergleichsgruppen bezüglich schwerer Blutungen oder einem maternalen Hb unter 9 g/dl (nach 24 bis 72 Stunden) ausgemacht werden konnten.

Bluthochdruck und der Eingriff in die plazentare Transfusion könnten vermieden werden, wenn die aktive Leitung modifiziert werden würde, zum Beispiel durch Weglassen des Uterotonikums und das zeitliche Hinausschieben des Abnabelns, jedoch haben wir in diesem Review hierfür keinen direkten Beleg.

Fazit der Autoren

Obwohl es an Studien mit hoher Evidenzstärke mangelt, reduzierte die aktive Leitung der Nachgeburtphase das Risiko für Blutungen von mehr als 1000 ml zur Zeit der Geburt in einer Population von Frauen mit unterschiedlichem Risiko für schwere Blutungen, allerdings wurden unerwünschte Wirkungen beobachtet. Frauen sollten Informationen über die Vor- und Nachteile beider Methoden erhalten, um eine informierte Entscheidung zu unterstützen. Angesichts der Bedenken bezüglich des frühen Abnabelns und der möglichen Nebenwirkungen einiger Uterotonika ist es zukünftig entscheidend, die einzelnen Komponenten der Leitung der Nachgeburtphase genauer zu betrachten. Ferner werden Daten aus einkommensschwachen Ländern benötigt.

Zitation des Cochrane Reviews:

Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD007412. doi:10.1002/14651858.CD007412.pub3.

Nachtrag:

Wir bitten, die Zitation der Zusammenfassung des Cochrane-Reviews zu beachten, welche in der *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 02(01), S. 20-21, fehlte:

Magnesium-Ergänzung in der Schwangerschaft

(Übersetzung durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery)

Zitation:

Makrides M, Crosby DD, Bain E, Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD000937. doi: 10.1002/14651858.CD000937.pub2.

Die Leopold'schen Handgriffe aus Sicht der Schwangeren

Leopold's Maneuvers – perspectives of pregnant women

Hintergrund: Die Leopold'schen Handgriffe sind eine auf den Gynäkologen Gerhard Leopold zurückgehende Untersuchungsmethode. Seit sie vor gut hundert Jahren systematisch beschrieben wurden, sind sie ein fester Bestandteil in der Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung durch Hebammen. Sie dienen vor allem zur Überprüfung der zeitgerechten Entwicklung der Schwangerschaft sowie der kindlichen Lage, wobei ihre Zuverlässigkeit störanfällig und umstritten ist. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass sie darüber hinaus noch weitere Aufgaben haben und den Beziehungsaufbau zwischen der werdenden Mutter und dem ungeborenen Kind fördern können.

Ziel: Diese Arbeit ergründet den aktuellen Stellenwert der Leopold'schen Handgriffe in der Schwangerenvorsorge, evaluiert die Untersuchung aus der Perspektive der Schwangeren und beschreibt ihre Erfahrungen mit der Untersuchung, um sie auf die Bedürfnisse der schwangeren Frauen anpassen zu können.

Methodik: Im Vorfeld der qualitativen Untersuchung fanden im Rahmen eines wissenschaftlichen Praxisprojekts an der Hochschule für Gesundheit eine Hospitation in einer Hebammenpraxis sowie zwei Expertinnen-Interviews statt. Auf Grundlage der Literaturrecherche und des wissenschaftlichen Praxisprojekts wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Für die qualitative Datenerhebung wurden fünf teilstrukturierte Interviews durchgeführt in Anlehnung an das problemzentrierte Interview. Diese wurden im April 2014 durchgeführt, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die Leopold'schen Handgriffe sind ein wesentlicher Bestandteil in der Schwangerenvorsorge durch Hebammen. Frauen beschreiben das Abtasten des Bauches als angenehm und faszinierend. Die Untersuchung wirkt sich positiv auf das Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Frau aus. Die Handgriffe können darüber hinaus genutzt werden, um das Körpergefühl einer Frau zu stärken und die Beziehungsaufnahme zwischen einer werdenden Mutter und ihrem ungeborenen Kind zu fördern.

Schlussfolgerung: Obwohl die diagnostischen Ziele der Handgriffe nach Leopold in Zeiten des Ultraschall-Screenings an Bedeutung verloren haben, so haben sich die Aufgaben der Untersuchung erweitert. Die Leopold'schen Handgriffe können, wenn sie ausführlich durchgeführt werden und auf die Bedürfnisse der Frauen ausgerichtet sind, einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Beziehung von schwangeren Frauen und ihren ungeborenen Kindern leisten.

Schlüsselbegriffe: Leopold'sche Handgriffe, Vorsorge, Bonding

Autorin: Anke Schürmeyer, B.Sc., Hebamme

Kontakt: a_schuermeyer@yahoo.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums „Hebammenkunde“ an der Hochschule für Gesundheit Bochum zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ bei Frau Prof. Dr. Rainhild Schäfers (Erstbetreuerin) vorgelegt.

Background: Leopold's maneuvers are named after the German gynecologist Gerhard Leopold. They were systematically described about 100 years ago as an integral part of midwife-led antenatal care. They are mainly used to control fetal growth and fetal position. The examination is susceptible to errors and is therefore controversial. There is evidence though that abdominal palpation is not only useful as a diagnostic tool, but it can also promote maternal-fetal attachment.

The aim of this thesis is to investigate the current significance of abdominal palpation in antenatal care and to evaluate the examination from the perspective of pregnant women in order to adjust the maneuvers to women's needs.

Methods: As a preparation for the qualitative research, a scientific practice project was carried out at the University of Applied Sciences, which consisted of work shadowing at a midwifery practice and two expert interviews. Based on this scientific practice project and supported by literature, an interview guide was developed. For qualitative data collection five semi-structured interviews based on the problem-centered interview were executed. They took place in April 2014 and were subsequently transcribed and analyzed according to qualitative content analysis.

Results: Leopold's maneuvers are an essential part of antenatal care by midwives. Women describe the palpation of the abdomen as enjoyable and intriguing. The examination has a positive effect on the relationship between the midwife and the pregnant woman. In addition, the maneuvers can be used to strengthen the confidence of a woman in her body and to promote the relationship between the woman and her unborn child.

Conclusion: Although the abdominal palpation seems to have less diagnostic relevance as a consequence of well-established ultrasound screening, the objectives of the examination have changed and expanded. If thoroughly executed and according to the needs of women, Leopold's maneuvers can be an important contribution to the strengthening of the relationship between women and their unborn children.

Keywords: Leopold's maneuvers, antenatal care, bonding

Termine

Die nächste Frist für die Einreichung von Manuskripten: 30.04.2015

Bitte halten Sie sich diese DGHWi-Termine jetzt schon im Kalender frei:

Am **11. Februar 2015** wird die 9. Mitgliederversammlung der DGHWi in Fulda stattfinden.

Am **11. Februar 2016** ist die 10. Mitgliederversammlung der DGHWi ebenfalls in Fulda geplant. Am darauffolgenden Tag, am **12. Februar 2016**, findet die 3. Internationale Fachtagung der DGHWi am gleichen Veranstaltungsort statt.

März 2015

EbM-Kongress

13./14.03.2015 in Berlin

Die 16. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. steht unter dem Titel: „EbM zwischen Best Practice und

inflationärem Gebrauch“.

Nähere Informationen unter: <http://www.ebm-kongress.de/>

Juni 2015

Normal Labour Birth Conference

15.-17.06.2015 in Grange Over Sands, Lake District, UK

The conference will provide the opportunity to develop and disseminate evidence in the area of normal labour and birth, to en-

hance clinical practice, education, management, supervision, service delivery, and policy, and to further research collaboration.

Nähere Informationen unter: http://www.uclan.ac.uk/conference_events/normal_labour_birth_2015.php

September 2015

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

07.-09.10.2015 in Berlin (Urania)

Die Planungen des 14. DKVF laufen derzeit noch.

Nähere Informationen unter:

<http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de>

Dezember 2015

Deutscher Kongress für Perinatale Medizin

01.-03.12.2015 in Berlin

Im Mittelpunkt steht das traditionelle Perinatale Team mit Ärztinnen, Ärzten, Hebammen und Krankenschwestern. Durch Ausweitung in den pränatalen Bereich einerseits und den postnatalen andererseits

hat sich eine erhebliche Verbreiterung des Themenspektrums ergeben – immer mit demselben Ziel: Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind

Nähere Informationen unter: <http://www.dgpm2015.com/>

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers
Hebamme, Dipl.-Pflegerin (FH)
E-Mail: Vorsitzende@dghwi.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
Hebamme, Krankenschwester, Master of Science in Nursing
E-Mail: Stellvertr.Vorsitzende@dghwi.de

Schriftführerin

Elke Mattern MSc
Hebamme, Familienhebamme, Master of Science (Gesundheits- und Pflegewissenschaft)
E-Mail: Schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Nina Knappe Dipl.-Kauffrau (FH)
Hebamme, Diplom-Kauffrau (FH)
E-Mail: Schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerin

Prof. Dr. phil. Monika Greening
Hebamme, Dipl.-Pflegerin (FH)
E-Mail: Beisitzerin@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle:

Janningsweg 4, 48159 Münster
Tel.: 0251-3808 6585; FAX: 0251-3808 6587

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Nicola H. Bauer, PD Dr. Eva Cignacco, PD Dr. Mechtild Groß, Prof. Dr. Sascha Köpke, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Maritta Kühnert, Prof. Dr. Frank Louwen, Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Prof. Dr. Beate Schücking

Editorinnen:

Dorit Müller B.A., Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers, Nina Knappe Dipl.-Kauffrau (FH), Prof. Dr. phil. Monika Greening.

Druck: Eigenverlag (DGHWi), Münster.

ISSN: 2196-4416

Zitierung der Texte:

Autor/innen (2014). Titel. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 02(02), Seitenzahlen.

Datum: 11.12.2014



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Geschäftsstelle: Janningsweg 4, 48159 Münster
E-Mail: Vorsitzende@dghwi.de
Webseite: www.dghwi.de